

UNIVERSIDAD DE PANAMÁ
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

**ESTUDIO DE CASO PARA EVALUAR EL EFECTO DE LA TERAPIA
CONDUCTUAL EN EL DESARROLLO DE UN NIÑO DE DOS AÑOS CUATRO
MESES DIAGNOSTICADO CON TRASTORNO AUTISTA**

POR

LICEDYS DEL CARMEN RODRÍGUEZ SOSA
3 126-281

**TESIS PRESENTADA EN CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS EXIGIDOS
PARA OPTAR POR EL GRADO DE MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA**

2009

AGRADECIMIENTO

A Dios y a la Virgen por darme la sabiduría y
fortaleza para lograr esta aspiracion

A toda mi familia Rodriguez Sosa por su cariño y
amor

A mis companeros y profesores de la IV Promoción de
Maestría en Psicología Clínica de la Universidad de Panamá
por su compañía y aportes durante mi formacion

A mis amigos y amigas que colaboraron en la
culminacion de este proyecto

GRACIAS

Licedys

A los niños que con cada respuesta me dan
la sonrisa que motiva mi compromiso

Licedys

INDICE GENERAL

Portada	1
Agradecimiento	11
Dedicatoria	1V
Índice General	v
Resumen	x111
Introducción	x1V

Cap | I Marco Teórico

1 El Trastorno Autista	2
1 1 Historia	2
1 2 Definición	4
1 3 Incidencia	5
1 4 Causas	6
1 5 Desarrollo evolutivo	8
1 5 1 Del nacimiento a los dos años	11
1 5 2 De los 2 a los 5 años	14

1 6 Evaluación	16
1 7 Criterios diagnósticos	18
1 8 Tratamientos	21
1 9 Integración escolar	22
1 10 Entrenamiento para padres y educadores	26
 2 TERAPIA CONDUCTUAL	 28
2 1 Características	30
2 2 Evaluacion conductual	34
2 3 Proceso de la evaluacion conductual	37
2 4 Técnicas operantes para el desarrollo de conductas	 39
2 4 1 Desensibilización sistemática	39
2 4 2 Moldeamiento	40
2 4 3 Encadenamiento	44
2 5 Técnicas para la reducción de conductas operantes	 47
2 5 1 Extinción	49

2 5 2 Procedimientos de reforzamiento	
diferencial	49
2 5 2 1 Reforzamiento diferencial de tasas	
bajas (RDTB)	50
2 5 2 2 Reforzamiento diferencial de	
otras conductas (RDO)	51
2 5 2 3 Reforzamiento diferencial de	
conductas incompatibles o alternativas	
(RDI)	52
2 5 3 Costo de respuesta o castigo negativo	54
2 5 4 Tiempo fuera de reforzamiento	55
2 5 5 Saciedad	57
2 5 6 Sobrecorrección	57
2 6 Intervención para el desarrollo de las	
Relaciones (RDI Relationship Development	
Intervention)	58

Cap II Metodología

1 Planteamiento del Problema	65
------------------------------	----

2	Justificación	65
3	Objetivos	67
3 1	Objetivos Generales	67
3 2	Objetivos Especificos	68
4	Hipótesis de trabajo	69
4 1	Hipótesis de Investigacion	69
4 2	Hipótesis Nulas	70
5	Variables	71
5 1	Variable Independiente	71
5 2	Variable Dependiente	72
6	Diseño de Investigacion	75
7	Procedimiento	77
8	Población y muestra	82
8 1	Criterios de Inclusion	82
8 2	Criterios de Exclusion	82
9	Técnicas e Instrumentos para la recoleccion de los datos	83

Capítulo III Presentación y análisis de los resultados

1 Historia de Desarrollo del caso en estudio	88
2 Resultados del tratamiento	95

Capítulo IV

- Conclusiones y Recomendaciones	121
- Conclusiones	122
- Recomendaciones	125
- Referencias Bibliográficas	127

Anexos	131
--------	-----

- Sistema de Evaluación de la Conducta de Niños y Adolescentes Historia Estructurada del Desarrollo	
- Cuadernillo de Anotación del Inventario de Desarrollo Battelle	

INDICE DE CUADROS Y GRAFICAS

- **Cuadro y Gráfica I** Alteración cualitativa
de la interaccion social en el Trastorno
Autista características específicas 91
- **Cuadro y Gráfica II** Alteracion cualitativa
de la comunicación social en el Trastorno
Autista características específica 95
- **Cuadro y Grafica III** Patrones de
comportamiento intereses y
actividades restringidos repetitivos y
estereotipados en el Trastorno Autista
características específica 97
- **Cuadro y Gráfica IV** Características del
Trastorno Autista 100
- **Cuadro V** Cantidad de horas a la semana en las
que el niño asiste al preescolar y recibe
terapias 102
- **Gráfica V** Distribución de la cantidad de horas
a la semana en las que el niño asiste al
preescolar y recibe terapias 102

- Gráfica VI Puntuaciones y perfil de la subárea Personal/Social del Inventario de Desarrollo Battelle	104
- Gráfica VII Puntuaciones y perfil de la subárea Adaptativa del Inventario de Desarrollo Battelle	106
- Gráfica VIII Puntuaciones y perfil de la subarea Motora del Inventario de Desarrollo Battelle	108
- Gráfica IX Puntuaciones y perfil de la subárea Comunicación del Inventario de Desarrollo Battelle	110
- Gráfica X Puntuaciones y perfil de la subárea Cognitiva del Inventario de Desarrollo Battelle	112
- Gráfica XI Puntuaciones y perfil de las puntuaciones totales de las subareas del Inventario de Desarrollo Battelle	114

RESUMEN

A través de un diseño de investigación tipo experimental caso unico de línea base multiple se analiza la efectividad de las técnicas de la Terapia Conductual basado en los estudios de Dr Lovaas (Análisis Aplicado de la Conducta) y Dr Gutstein (Relationship Development Intervention) aplicada a un niño de dos (2) años cuatro (4) meses diagnosticado con Trastorno Autista. Con la aplicación del tratamiento por diez (10) horas semanales durante un (1) año los síntomas que se buscan reducir son los criterios diagnosticos del DSM-IV-TR a) alteración cualitativa de la interacción social b) alteración cualitativa de la comunicación y c) patrones de comportamiento intereses y actividades restringida repetitiva y estereotipada además aumentar las habilidades de desarrollo en las áreas personal social adaptativa motora comunicación y cognitiva de acuerdo al Inventario de Desarrollo Battelle. Los resultados de esta investigación indican que la terapia conductual disminuye los síntomas del Trastorno Autista y aumenta el puntaje del Inventario de Desarrollo Battelle.

SUMMARY

Through an experimental research design using a unique case of multiple baselines applied to a two (2) years four (4) months boy diagnosed with Autistic Disorder the effectiveness of the techniques of behavior therapy based on the studies of Dr Lovaas (Applied Behavior Analysis) and Dr Gutstein (Relationship Development Intervention) can be examined. With the implementation of the treatment for ten (10) hours per week for one (1) year the symptoms that we are looking to reduce in the diagnostic criteria of DSM-IV-TR are a) qualitative impairment in social interaction b) qualitative impairment in communication and c) patterns of behavior and restricted repetitive and stereotyped interests and activities. In addition enhance the skills of development in the personal-social adaptive motor communication and cognitive areas according to the Battelle Developmental Inventory. The results of this research indicate that behavioral therapy reduces the symptoms of Autistic Disorder and increases the score of the Battelle Developmental Inventory.

INTRODUCCIÓN

El Trastorno Autista es una alteración del desarrollo y se desconoce una causa específica se investigan una variedad de teorías importantes Stephen Edelson Ph D del Centro para el estudio del Autismo señala aunque no se sabe una causa única del autismo hay evidencia de que el autismo puede ser causado por una variedad de problemas (Doyle 2005)

Debido a la falta de marcadores neurobiológicos el diagnóstico es exclusivamente clínico basado en la observación Los síntomas se presentan de formas diferentes a lo largo del desarrollo inician desde los primeros meses de vida el niño no responde cuando le ofrecen los brazos no reacciona cuando lo cargan no disfruta juegos como el escondite no responde a su nombre cuando lo llaman hace movimientos inusuales o extraños no imita a otros niños no comprende cuando se le hablan pérdida de habilidades verbales y sociales se obsesiona con un juguete no establece contacto visual adecuado entre otras

La detección de esos primeros síntomas es esencial para la aplicación temprana de un tratamiento. Muchas veces algunos padres, maestros y profesionales consideran que el niño es muy pequeño para dar un diagnóstico o iniciar un programa intensivo y estructurado de terapia.

El propósito de esta investigación es mostrar cómo las técnicas de la terapia conductual aplicada a un niño de dos (2) años cuatro (4) meses por diez (10) horas semanales durante un (1) año se pueden disminuir las tres principales características del Trastorno Autista y aumentar las habilidades de desarrollo en las áreas personal, social, adaptativa, motora, comunicación y cognitiva.

Se inicia la investigación formando el marco teórico en el cual se revisa la información más actualizada sobre el Trastorno Autista y la Terapia Conductual. Luego se presenta el marco metodológico detallando el proceso del estudio. Cumplido lo anterior se exponen los resultados obtenidos y se analiza la efectividad de la terapia conductual sobre las características del Trastorno Autista y el desarrollo del niño. Por último se muestran las conclusiones y recomendaciones.

CAPITULO I

Marco Teorico

1 El Trastorno Autista

1.1 Historia

La palabra autismo proviene del vocablo griego autos o eafismos cuyo significado es encerrado en uno mismo. Fue usada por primera vez por el psiquiatra Eugen Bleuler en 1908 quien la designó para describir un conjunto de manifestaciones que se presentaban entre pacientes diagnosticados esquizofrénicos.

De acuerdo con esta caracterización el doctor Bleuler aclara que el autismo coincidiría en parte con lo que Freud denominó auto-erotismo pero no usa esa expresión debido a que para este autor los conceptos de libido y erotismo son mucho más amplios (Arce Mariela 2008).

De acuerdo con Bleuler los pacientes autistas toman a su mundo fantástico por real y a la realidad por una ilusión entonces no creen en la evidencia de sus propios sentidos.

En 1943 el psiquiatra vienés Leo Kanner de la Universidad John Hopkins estudia un grupo de niños con determinadas características quienes eran clasificados con desequilibrio emocional o retrasados mentales.

Kanner encontro en los niños tres sintomas principales

- Incapacidad para relacionarse con los otros
- Alteraciones en el lenguaje que variaban desde el mutismo total hasta la produccion de relatos sin significado
- Movimientos repetitivos y limitados sin una finalidad especifica

El doctor Kanner empleo el término autismo diferenciándolo de la esquizofrenia (puesto que Bleuler ya habia definido el autismo pero como una forma de psicosis) estableciendo que si bien el esquizofrenico intenta solucionar su problema abandonando un mundo del que habia formado parte y con el cual mantenía un contacto estos niños han sido extraños en el mundo desde el principio

En los años 1950 y 1960 el psiquiatra austro americano Bruno Bettelheim observo y trató un gran numero de niños autistas Consideraba que el autismo era una partida sin retorno de la realidad en la cual las percepciones se hacian inclasificables y en consecuencia el mundo carecia de sentido (Guerschberg 2005)

Por la misma época de los años 40 y 50 del siglo pasado otro investigador vienes Hans Asperger hizo referencia a otro cuadro clínico que tenía semejanzas con el descrito por su colega Kanner pero aquellos niños presentaban un lenguaje amplio con relación al grupo estudiado con autismo (Gutierrez Baró 1997)

1 2 Definición

La Sociedad de Autismo de América (2008) propone la siguiente definición

El autismo es una incapacidad relativa al desarrollo mental que típicamente aparece durante los tres primeros años de vida. Es resultado de un trastorno neurológico que afecta el funcionamiento del cerebro. El autismo y sus comportamientos asociados pueden ocurrir en 1 de cada 100 individuos. El autismo es cuatro veces más frecuente en los niños que en las niñas y no conoce las fronteras raciales étnicas y sociales. El ingreso económico, el modo de vida y los niveles educativos de la familia no afectan la posibilidad de que estos casos ocurran.

1 3 Incidencia

La estadística se presenta de acuerdo al lugar que realiza la investigación Actualmente Panama no cuenta con su propio estudio sin embargo los casos tambien van en aumento

Segun estudios epidemiologicos que presenta el Dr Eric Fombonne director del Departamento de Psiquiatria del Hospital Infantil de Montreal (Canada) senalan que la incidencia del autismo parece ser mayor de lo que hasta ahora se pensaba Nuevos datos indican que la incidencia es de un caso por cada 700-800 habitantes del mundo mientras que el indice de todos los trastornos generalizados del desarrollo (TGD) es de 30 por cada 10 000 (Fombonne 2005)

La incidencia del autismo en Estados Unidos es mayor de lo que se pensaba hasta ahora y afecta a uno de cada 150 niños informaron los Centros de EU para el Control y Prevencion de Enfermedades (CDCP) Segun explico la doctora Marshalyn Yeargin-Allsopp jefa del programa de autismo de los CDCP los estudios que examinaron a niños nacidos entre 1992 y 1994 encontraron una incidencia media de 6 7 niños por cada mil lo que equivale a uno por cada 150 Los expertos incluyeron en el informe todas las enfermedades incluidas en el espectro autista que varian desde el

autismo en sí al síndrome de Asperger un mal que también afecta al comportamiento pero cuyos síntomas son mucho menos marcados (Marshalyne Yeargin-Allsopp 2007)

El Dr. Joaquín Díaz Atienza presenta un análisis completo sobre diferentes estudios a nivel mundial sobre la incidencia de los trastornos del espectro autista. Señalando la importancia de la detección temprana y no subestimar los rasgos que se presentan en los primeros años 0 a 4 años (Díaz 2005)

1.4 Causas

Los síntomas autistas presentan una etiología neuropatogénica multicausal con alteraciones neurobiológicas primarias o secundarias estructurales o funcionales.

En 1997 el NIH formó su propio Comité de Coordinación de Autismo (NIH/Autism Coordinating Committee-ACC) y un programa para crear una red nacional de centros para la investigación sobre autismo. También se han establecido centros de estudios en partes diversas de los Estados Unidos para promover la evaluación y los tratamientos para autismo. El centro principal es el Centro de STAART.

(Studies to Advance Autism Research and Treatment) cuyo objetivo es unir la investigación de los expertos y compartir los resultados con el público

Algunas investigaciones sugieren anomalías en los neurotransmisores específicamente de la serotonina que se encuentra aumentada en los niños con síndrome autista (hiperserotonina) que altera el funcionamiento cerebral (Arce 2008)

Además se estudió la existencia de los factores genéticos en la transmisión. Inicialmente se consideró un mecanismo de transmisión autosómica recesiva (hallazgos concordantes en gemelos monocigóticos) pero actualmente se piensa que existen menos de 10 genes que actúan de manera multiplicativa por lo que se habla entonces de Herencia Multiplicativa. Así como el síndrome de X frágil (Arce 2008)

También se demostraron ciertas alteraciones en el cerebelo específicamente en cambios en el número y el tamaño de las neuronas de los núcleos cerebelosos que sugieren un trastorno evolutivo en las relaciones sinápticas de estos núcleos. Algunas regiones específicas del cerebro parecen estar afectadas por el autismo en el

cerebro pueden presentar algun daño los lobulos frontales que son el asiento de la empatia la simpatia y el entendimiento de los procesos mentales de los demás todos estos son elementos basicos de la socializacion (Doyle 2005)

Las diferencias en la quimica del cerebro de las personas con autismo involucran al sistema circuitos neurales y los aspectos fisicos del proceso de enviar y recibir los mensajes entre las celulas del cerebro y el sistema nervioso central Los problemas de procesamiento de información también pueden estar relacionados con la quimica del cerebro (Doyle 2005)

1 5 Desarrollo Evolutivo

Al Trastorno Autista se le denominaba esquizofrenia infantil o psicosis infantil considerando los sintomas causas y tratamientos Se pensaba que el autismo era producto de un desarrollo deficiente o desorganizado de las madres con respecto a la formación del vinculo y apego en las primeras etapas de la infancia temprana respaldada por la vision psicodinámica (Riviere 1997)

Hoy día las investigaciones científicas señalan que dicha propuesta no es influyente en el desarrollo del autismo y que esto ocurre en cualquier familia de cualquier cultura nivel socioeconómico y etnia más allá de los patrones de apego y formación vincular

Riviére (2002) elabora una evolución histórica de la atención a las personas con autismo caracterizando el trastorno en tres etapas

- La primera corresponde a los años 1943 - 1963 donde se iniciaría con los estudios de Kanner y la visión popular que consistía en un trastorno emocional donde los padres serían los responsables de que el niño presente dichos síntomas por los estilos de crianza inadecuados
- La segunda etapa corresponde a los años 1963 - 1983 en donde se comienza a dar paso al estudio científico del trastorno autista asociándolo a trastornos neurobiológicos donde las teorías cognitivas y la modificación conductual dio pie a la investigación e intervención más controlada y sistematizada. En esta época tuvo una gran influencia la creación de diversos centros educativos y asociaciones de padres

que contribuyeron a promover una mejor atencion e intervencion de las personas con autismo y sus familiares

- La tercera etapa Riviere la atribuye al enfoque actual que existe sobre el autismo la cual concibe a dicho trastorno como "un trastorno del desarrollo considerando esencial su investigacion no solo para comprender el trastorno sino tambien para entender en el desarrollo humano las funciones que son importantes y que muchas veces pasan desapercibidas en el estudio evolutivo de la expresion normada. Ademias en esta época son importantes los estudios que se realizan sobre las causas del autismo. Por otro lado los estudios con resonancia magnetica estudios de genetica y otras tecnicas neurobiologicas han permitido orientar su etiologia

A partir de lo anterior se considera de mayor importancia tanto para el diagnostico como para la intervencion el desarrollo evolutivo de los ninios

1 5 1 Del nacimiento a los 2 años

En este periodo es muy difícil establecer una relación clara entre el inicio del trastorno el pronóstico y la evolución posterior. Tampoco es clara la relación entre la edad de presentación y la gravedad de los síntomas. Éstos varían marcadamente entre los 2 a 4 años. Lo que sí es importante es atacar los posibles síntomas que se presenten que en un inicio van a parecer solo síntomas de inmadurez.

Los niños pequeños saben instintivamente que las personas son importantes para buscar consuelo para aprender de ellas y para disponer de un modelo a imitar. Velozmente aprenden a conseguir ayuda de los adultos cuando necesitan algo. Siguen un modelo estableciendo turnos y compartiendo comprensión mucho antes de que se inicie el desarrollo del lenguaje propiamente dicho.

Los bebés perciben los mensajes encubiertos que se comunican mediante la expresión facial y el lenguaje corporal. De esta forma son capaces de reconocer cuando alguien está contento o triste y qué significan estos sentimientos.

Mas adelante y de forma gradual aprenden las normas no estrictas de relación con la gente Todo esto les resulta muy difícil a los niños con autismo

Generalmente se observa una gran pasividad en el niño con tendencia a permanecer ajeno al medio absorto en si mismo poco sensible a las personas y cosas que hay a su alrededor En otras ocasiones el niño se muestra por el contrario muy excitable y llora casi constantemente sin ninguna razon aparente

Una de las hipótesis que frecuentemente sostienen los padres es que el niño pueda ser sordo debido a su falta de interés por las personas y por el lenguaje Pero este aparentemente deficit sensorial se acompaña de otros sintomas quedando descartado que los niños presenten sordera puesto que el campo de las distintas acciones del niño se limita cada vez más convirtiéndose en estereotipias que se traducen en movimientos extranos y repetidos con las manos los ojos la cabeza o todo el cuerpo

Las conductas como el juego las imitaciones y la actividad gestual comunicativa no se desarrollan normalmente o se pierden de manera gradual A su vez se

evidencian problemas persistentes en la alimentacion expresados por la dificultad para succionar o tragar falta de sueño excitabilidad dificilmente controlable miedo anormal a personas y a sitios extraños tendencia a evitar el contacto visual y a permanecer indiferente a los abrazos y a las caricias

A la edad de los seis meses se ha encontrado ausencia de pautas de anticipacion falta de la sonrisa social y alrededor del año se acentuan algunas características como la carencia de apego demostrada en no alzar los brazos para que lo tomen en brazos y lo acurruquen

Con respecto a la alimentación presentan rechazo o fijación en algunas comidas Es frecuente que desde muy temprano el niño con autismo muestre una gran resistencia a los cambios de ambientes y rutinas habituales reaccionando a ellos con fuertes rabietas y tratando de evitar cualquier clase de cambios Es como si pretendiera mantener el medio siempre constante Este sintoma es el más característico junto con el aislamiento la evitación de las personas o la indiferencia hacia ellas

Tampoco se observan las conductas de comunicación intencionada activa y espontanea que suele desarrollar el

nino normal desde los 8-9 meses a traves de sus gestos y vocalizaciones prelinguísticas las cuales en estos casos se ven muy perturbadas o limitadas

1 5 2 De 2 a 5 años

El niño con autismo se muestra aislado con esteriotipias o conductas rituales sin deseo de jugar con otros no comprende las reglas sociales permanece incomunicado En ocasiones grita porque no puede expresarse verbalmente y cuando tiene la capacidad de hablar no le interesa iniciar una interacción

A los niños autistas se les hace más perturbador la comprensión del mundo son sensibles a sonidos aumentan las dificultades en la comprensión del lenguaje verbal y no verbal Presentan dificultades en el habla (ecolalia) deficiencias en la pronunciación y control de la voz Aumenta el uso frecuente del tacto gusto y olfato les gusta oler y tocar algunos objetos o personas sin establecer una interacción

A su vez realizan movimientos corporales poco usuales (aumento de las estereotipias motoras continua la

dificultad en la alimentación sueño rabietas
autoagresiones excitacion y ansiedad)

A veces algunos niños autistas permanecen durante periodos prolongados dando vueltas en circulo mirándose las manos o balanceandose poniendo los dedos o manos en posiciones extrañas

Si asisten a un centro educativo preescolar igualmente se presentan las conductas disruptivas y alteraciones del desarrollo En ocasiones pueden presentar mayor severidad que en casa debido a la dificultad para adaptarse a nuevas situaciones y el poco conocimiento de los profesionales que esten con el niño

Pueden desarrollar ciertas habilidades excepcionales y especificas como armar o desarmar bloques o aparatos mecanicos habilidades musicales y pictóricas Y en contraposición se presentan claras dificultades a través de la imitacion y de la observación de la conducta de los demas

1 6 Evaluacion

Las evaluaciones son diseñadas para medir areas particulares de habilidad y funcionamiento En el tema del autismo el comportamiento es una variable importante a medir y es definido como cualquier accion observable que puede ser descrita medida o contada El autismo es diagnosticado conductualmente es decir observando como la persona se comporta El objetivo no es juzgar el comportamiento como bueno o malo Para los propositos de evaluación o diagnostico el comportamiento puede ser definido como habilidades y capacidades que la persona es capaz de demostrar o habilidades y capacidades que la persona no tiene ni usa

Los niños se desarrollan en varias areas de habilidades al mismo tiempo El progreso en un area puede afectar el progreso en otra area Por ejemplo los ninos aprenden a hablar y jugar al mismo tiempo y las habilidades en un area afectan la otra

Tenemos que ser capaces de identificar en qué etapa del desarrollo una persona esta en un momento dado Entonces podemos ayudarle a lograr el siguiente paso

Distintas evaluaciones pueden ser necesarias a la vez o con el paso del tiempo para medir todas las áreas de

funcionamiento en el niño o adulto con algún tipo de Trastorno Generalizado del Desarrollo Las evaluaciones pueden ser hechas en cualquiera de las áreas siguientes

- o Psiquiátrico o neurológico
- o Médico / físico
- o Psicológico / educativo / aprendizaje
- o Comunicación / lenguaje
- o Habilidades sociales
- o Comportamiento / conducta
- o Funcionamiento ocupacional integración sensorial
- o Funcionamiento físico incluso audición y visión
- o La tecnología que puede necesitar y usar

Las evaluaciones pueden superponerse puede haber un grado de traslapo entre varios tipos de evaluaciones Por ejemplo las habilidades de evaluaciones sociales evalúan el uso social del lenguaje

En este tipo de trastorno en la evaluación es importante tomar en cuenta que es normal y aceptable para poder proporcionar la información adicional sobre el funcionamiento y las habilidades del individuo Por ejemplo un estudiante puede salir muy bien en una prueba de vocabulario pero no ser capaz de usar las mismas

palabras para hacer una petición simple en una situación social

Mirar las habilidades desde varias perspectivas y en diversas situaciones diarias puede ayudar al equipo multidisciplinario a entender más sobre qué destrezas la persona tiene y puede usar. Además de conocer cuáles son las limitaciones del niño, no se debe asumir que el poseer una habilidad significa que ésta será utilizada en otra situación de una manera apropiada y generalizada.

1.7 Criterios Diagnósticos

El Manual de Diagnóstico y Estadística de los Trastornos Mentales, texto revisado (DSM-IV-TR) considera que el Trastorno Autista se caracteriza por:

Criterios para el diagnóstico de F84.0 Trastorno Autista (299.00)

A. Un total de 6 (o más) ítems de (1), (2) y (3) con por lo menos dos de (1) y de (2) y (3).

1. alteración cualitativa de la interacción social manifestada al menos por dos de las siguientes características:

(a) importante alteracion del uso de multiples comportamientos no verbales como son contacto ocular expresion facial posturas corporales y gestos reguladores de la interacción social

(b) incapacidad para desarrollar relaciones con companeros adecuadas al nivel de desarrollo

(c) ausencia de la tendencia espontanea para compartir con otras personas disfrutes intereses y objetivos

(p ej no mostrar traer o señalar objetos de interes) (d) falta de reciprocidad social o emocional

2 alteracion cualitativa de la comunicacion manifestada al menos por dos de las siguientes características

(a) retraso o ausencia total del desarrollo del lenguaje oral (no acompañado de intentos para compensarlo mediante modos alternativos de comunicacion tales como gestos o mimica)

(b) en sujetos con un habla adecuada alteracion importante de la capacidad para iniciar o mantener una conversacion con otros

(c) utilización estereotipada y repetitiva del lenguaje o lenguaje idiosincrásico

(d) ausencia de juego realista espontaneo variado o de juego imitativo social propio del nivel de desarrollo

3 patrones de comportamiento intereses y actividades restringidos repetitivos y estereotipados manifestados por lo menos mediante una de las siguientes características

(a) preocupación absorbente por uno o mas patrones estereotipados y restrictivos de interés que resulta anormal sea en su intensidad sea en su objetivo

(b) adhesión aparentemente inflexible a rutinas o rituales especificos no funcionales

(c) manierismos motores estereotipados y repetitivos

(p ej sacudir o girar las manos o dedos o movimientos complejos de todo el cuerpo)

(d) preocupación persistente por partes de objetos

B Retraso o funcionamiento anormal en por lo menos una de las siguientes areas que aparece antes de los 3 años de edad 1 interaccion social 2 lenguaje utilizado en la comunicación social o 3 juego simbólico o imaginativo

C El trastorno no se explica mejor por la presencia de un trastorno de Rett o de un trastorno desintegrativo infantil

1 8 Tratamientos

Existen diferentes tipos de tratamientos para el manejo del Trastorno Autista (Arce 2008 Doyle 2005 Labrador Cruzado y Muñoz 2008)

Bioquímicos es un tratamiento temporal para controlar los comportamientos extremos o para modificar los síntomas La meta de la farmacoterapia es poder corregir los desbalances bioquímicos y fisiológicos consecuentes de la enfermedad

Neurosensorial en las que se encuentra la Integración Sensorial e Integración Auditiva

Psicodinámico sobresale la terapia de abrazos (holding) Martha Welch es su defensora al argumentar que el autismo esta causado por la falta de vinculo maternal con el niño

Terapia Conductual es un metodo basado en principios científicos del comportamiento y ha

evolucionado hacia un sistema altamente estructurado y efectivo que consiste en la division de tareas complejas y/o abstractas tales como el lenguaje socializacion comportamientos entre otros Se desglosan en una serie de pasos jerarquicos cada uno de los cuales prepara el camino para el proximo Enseñando a traves de refuerzos separados terapeutas maestros y padres trabajan en forma combinada para crear un medio ambiente estructurado con actividades planificadas y una forma coherente de aprendizaje

Otros tratamientos de apoyo

- o Sistema de Comunicación por Intercambio de Figuras (PECS)
- o Método de Greenspan (terapia de juego)
- o Musicoterapia
- o Terapia ocupacional

1 9 Integración escolar

Desde finales del siglo XIX el concepto de salud y enfermedad se incluye notablemente dentro del ambito educativo desarrollándose instituciones escolares que se

ocupaban de los niños que cronológicamente no respondían a la norma

En 1968 la UNESCO establece la necesidad de crear un plan de educación para cada niño se cree en la individualización se tienen en cuenta tanto los aspectos positivos como negativos del sujeto y la forma de hacer mas eficaz la enseñanza

Panamá se hace presente en el proceso de inclusion de niños con necesidades especiales y ha establecido diferentes leyes

La Ley Orgánica de Educación numero 47 de 1946 con las modificaciones introducidas por la Ley 34 de 6 de julio de 1995 enmarca la educacion especial dentro del subsistema regular y no-regular El subsistema no regular se caracteriza como un servicio educativo orientado hacia la población que por sus condiciones fisicas sensoriales mentales o sociales no está en la posibilidad de beneficiarse de manera óptima de los procesos educativos del subsistema regular Tienen derecho a beneficiarse de la educación especial con un enfoque inclusivista las personas con discapacidad física o mental con

trastornos en su aprendizaje desajustes sociales problemas de quimiodependencia etc al igual que quienes se encuentren en condiciones excepcionales con talentos especiales y los superdotados

Ley 42 de 29 de agosto de 1999 sobre Equiparacion de Oportunidades para personas con discapacidad y el Decreto N 1 de 4 de febrero de 2000 ofrecen las siguientes alternativas educativas escuelas especiales y programas especiales segun el tipo de discapacidad ubicados en las instalaciones del IPHE en todo el territorio nacional

Integración 1 aulas de educación especial ubicadas dentro de la escuela regular atendidas por un docente especial

Integracion 2 alumnos con necesidades educativas especiales integrados en aulas regulares con el apoyo y supervision de un docente especial proveniente del IPHE

El modelo de salon de clase basado en el Analisis Aplicado de la Conducta (ABA) incorpora amplias oportunidades para el aprendizaje La integracion a salones de clase regular y las oportunidades de integracion

son normalmente cuantiosas y diseñadas específicamente para cumplir con las necesidades individuales de los estudiantes. El fin es ofrecer el máximo el aprendizaje funcional efectivo en la inclusión en balance con la instrucción y programación que debe ocurrir en el formato de la educación especial. Sin embargo toda la inclusión incluye instrucciones y programación incrustada que involucran los elementos antes descritos.

El trabajo que involucra compañeros típicos es claramente necesario no sólo para la inclusión sino para el contenido instructivo específico en dichas áreas como la social, juego y aprendizaje para asimilar habilidades (ejemplo el aprendizaje observacional). Sin embargo el modelo de salón de clase ABA tiende a evitar la utilización de compañeros típicos como apoyo (tutores) para los fines de educar estudiantes con necesidades especiales. Dicho esto no solo es injusto para los estudiantes en educación regular es también injusto para los estudiantes con necesidades especiales porque normalmente no los lleva hacia la amistad recíproca.

Se hacen esfuerzos para asegurar que el trabajo específico de ABA que involucra compañeros típicos también

incluya beneficios para dichos niños Y mientras esos compañeros puedan servir para mediar la intervención en determinados momentos se tiene cuidado de no colocarlos en forma consistente en el rol del terapeuta Todos ellos necesitan solamente ser niños y los estudiantes que actúan como terapeutas no se comportan de la misma manera que si no ejercen ese rol

1 10 Entrenamiento para padres y educadores

Las familias tienen mucho que pensar y analizar Asuntos que también conciernen a los educadores profesionales de apoyo Si las familias son resistentes es probable que tengan miedo o dudas El profesional debe estar dispuesto a hablar con ellas de estos asuntos cuando se sientan listos

Las conversaciones entre padres profesionales y educadores plantan una semilla en la mente de los padres Por ejemplo un profesional o educador puede mencionar un comportamiento que le concierne El padre no puede actuar inmediatamente con esa información puede necesitar tiempo para pensar sobre eso o tener su propia evidencia y comprensión de la situación para entenderlo bien Algunas

veces el padre regresará bastante después de la conversación inicial y apreciará su disposición a ayudarlo cuando este listo

Doyle y Iland (2005) presentan maneras en que los profesionales pueden asistir a las familias

Remueva la carga de la crítica de usted mismo y de las familias que usted apoya

Esfuércese por entender el sistema familiar entero

Conocer todos los servicios en la comunidad

Ejemplo grupo de apoyo

Ayude a la familia a identificar fuentes de estrés

Ayude a las familias a poner prioridad en las metas y actividades

Conserve el papel de padres como padres de todos los niños en la familia

Conceda permiso a los padres a hacer lo que les funcione aun si es poco convencional

Permita y promueva una actitud de esperanza en los miembros de la familia con respecto a la persona con Trastorno Autista

Establezca con los padres metas para el futuro de cada individuo

Modele una interaccion positiva cuando este con la persona con Trastorno Autista

Demuestre que el desarrollo de relaciones personales es la meta primaria de interaccion con personas con Trastorno Autista

Comparta informacion realística y precisa sobre las leyes que afectan la institucionalizacion de personas con discapacidades

Conviértase en el mejor oyente y comunicador que usted pueda ser Cultive la objetividad y use lenguaje y pensamientos sin ser critico (Doyle 2005)

2 TERAPIA CONDUCTUAL

Los niños con autismo no aprenden de la misma manera como normalmente los otros niños lo hacen Parecen estar incapacitados para entender simples formas de comunicación verbal y no verbal se confunden con informacion sensorial se alejan en diferentes grados de las personas y del mundo que los rodea Se tornan ocupados con ciertas actividades y objetos que interfieren con el desarrollo del juego muestran poco

interés en otros niños y tienen a no aprender observando e imitando a otros. Aun cuando el proceso de aprendizaje se ve afectado, los científicos en comportamiento apoyados en los principios de la teoría del aprendizaje han desarrollado métodos efectivos para enseñarles a los niños con autismo.

Tres décadas de investigación del Doctor Ivar Lovaas y sus asociados de la Universidad de California (UCLA) han demostrado convincentemente que una intervención intensiva y a tiempo puede mejorar significativamente el desarrollo de niños con autismo. Dos estudios consecutivos publicados en 1987 y 1993 han demostrado que 9 de 19 niños que recibieron tratamiento intensivo del comportamiento fueron capaces de completar su educación normal satisfactoriamente y no se podían distinguir de los niños normales en cuanto a su coeficiente intelectual, habilidades de adaptación y funcionamiento emocional. Incluso entre niños que no lograban obtener mejor rendimiento, tuvieron mejoras significativas en su lenguaje, habilidades sociales y de juego y autosuficiencia, y solamente dos de todos los niños no desarrollaron habla funcional. Los niños en este estudio tenían tres años de edad cuando comenzaron el

tratamiento Ellos recibieron un promedio de 40 horas-hombre por semana de tratamiento individualizado efectuado por estudiantes de pregrado de UCLA los cuales eran supervisados por estudiantes graduados y psicólogos El tratamiento duro un promedio de dos años o más (Leaf y McEachin 1999)

2 1 Características

En la actualidad la modificación de conducta designa un conjunto muy amplio de técnicas objetivos de aplicacion y enfoques teóricos diferentes que no obstante comparten unas características claves que permiten unificarlas bajo una misma denominacion Segun Labrador Cruzado y Muñoz (2008) estas características definitorias son las siguientes

- Los procedimientos y las técnicas de intervención deben estar adecuadamente fundamentos en la psicología experimental Las intervenciones derivadas de teorías no verificadas o verificables no pueden ser un soporte adecuado para un tratamiento

- Las conductas normal y anormal se rigen por los mismos principios ambos tipos de conducta se aprenden y desaprenden en las condiciones del medio social Existen también influencias de factores genéticos constitucionales o de predisposición cuando se comprueba su presencia se les considera como una base estructural sobre las que operan las variables de aprendizaje en la determinación de la conducta Las limitaciones de conducta que dependan de causas orgánicas sólo serán objeto de intervención conductual en función de aspectos que dependan del aprendizaje
- El objeto de la intervención es la modificación o eliminación de comportamientos desadaptados sustituyéndolos por otros adaptados El propósito de los tratamientos es producir un cambio conductual observable y medible directa o indirectamente en cualquier de las tres modalidades de respuesta motoras fisiológicas y cognitivas
- La interdependencia de la evaluación y el tratamiento El establecimiento de los objetivos y la planificación del tratamiento dependen del análisis conductual la evaluación de los resultados

obtenidos determinará si ha de continuarse el tratamiento o hay que reformular el programa De forma que la evaluación y el tratamiento son funciones integradas en este enfoque estando la una en una función de la otra

- Es necesario especificar de forma objetiva clara precisa y estructurada los objetivos tratamiento y contexto de aplicación así como los métodos para evaluar su eficacia
- La evaluación objetiva de la eficacia de los procedimientos de evaluación y tratamiento en termino costo/beneficio así como de sus componentes que ha de llevarse a cabo de forma continua con los datos obtenidos en la aplicación de las técnicas de tratamiento en diversas condiciones con el propósito de revisar los propios métodos en función de los resultados
- Es un enfoque centrado en el aquí y ahora el énfasis se coloca en los determinantes actuales del comportamiento la historia pasada es relevante en la medida en que informa de variables que influyen en la conducta presente

- La evaluacion y el tratamiento han de estar adaptados a cada tipo de problema las características unicas de cada caso y el contexto concreto en que se aplican ya sea a nivel individual grupal o comunitario

En resumen cabe definir la modificación de conducta (Labrador 1986 y 1990) como aquella orientacion teórica y metodologica dirigida a la intervencion que basandose en los conocimientos de la psicología experimental considera que las conductas normales y anormales están regidas por los mismos principios que trata de desarrollar estos principios y aplicarlos a explicar conductas especificas y que utiliza procedimientos y tecnicas que somete a evaluación objetiva y verificacion empirica para disminuir o eliminar conductas desadaptadas e instaurar o incrementar conductas adaptadas

El tratamiento conductual ha de estar justificado y apoyado en un análisis funcional como tal el tratamiento es individualizado y se ajusta a las necesidades del caso concreto un tratamiento estandarizado aplicado meramente por el ajuste a una categoría diagnostica no puede tener ninguna garantia de éxito

2 2 Evaluación conductual

Se da otro paso adelante en la aclaración del concepto de evaluación conductual si se observa que la expresión análisis de la conducta debe precisarse. De lo que se trata es un *análisis funcional* de la conducta. Muchas veces la utilización de ambas expresiones como sinónimos ha impedido resaltar suficientemente esta característica por más que es evidente ya desde los comienzos de la psicología operante (Owens y Ashcroft 1982).

Dentro de la corriente de la evaluación de la conducta son diversos los autores que han dado una definición o descripción de lo que es un análisis funcional de la conducta. Para unos como es el caso de Peterson (1968) y de Fontaine e Ylief (1981) este implica una serie de tareas que van desde la observación sistemática de la conducta problemática para obtener una línea base hasta analizar el desarrollo de la acción terapéutica en sus diferentes repercusiones.

Los autores mencionados están de acuerdo -en la línea de lo que Skinner (1938 1953) mismo entendía por análisis funcional de conducta- en que lo esencial de un análisis

funcional está en la detección de las variables que afectan a un fenómeno como al modo en que lo hacen

Tales análisis se producen en base a información referente a lo que se ha dado en llamar paradigma ABC eso es la investigación del comportamiento (B) sus antecedentes (A) y sus consecuencias (C) Pensamos que los intentos de analizar el fenómeno que omitan cualquiera de estos factores producirán probablemente análisis incompletos (Owens y Ashcroft 1982 pág 188)

En la misma línea se encuentra la definición de Haynes y O'Brien (1990 pág 654) el análisis funcional se define como la identificación de relaciones funcionales causales importantes y controlables aplicables a un conjunto específico de conductas de un determinado cliente

Si la delimitación del concepto le hace ganar en claridad y precisión no significa que la tarea que conlleva sea simple Algunos textos clásicos y didácticos pueden haber dejado esta falsa impresión, contra la cual se alzaba ya el modelo de exploración propuesto por Kanfer y Saslow (1965) Un análisis funcional de conducta completo requiere una demostración empírica de las relaciones entre

los atributos criterioles (conductas) y las condiciones ambientales que los controlan. Tal demostración requiere como mínimo que atributos del comportamiento (frecuencia, intensidad y duración) fiablemente observados y registrados demuestren relaciones legales con aspectos del medio estimular experimentalmente manipulados (Wigins 1973 pag. 376).

En prácticamente todos los autores consultados el análisis funcional aparece no sólo como una de las tareas dentro de la evaluación conductual sino como su tarea central. El objetivo fundamental de la evaluación conductual-escribe Fernandez-Ballesteros (1981 pag. 89)- es el de identificar las condiciones que controlan las conductas-problema puesto que este cometido es el que permite construyendo hipótesis y postulando modelos de funcionamiento concebir y diseñar programas terapéuticos.

Aquí radica el meollo de la estrecha relación diagnóstico-tratamiento que la evaluación conductual reclama para sí su función fundamental de ofrecer información útil para la elaboración y puesta en marcha de programas de intervención sin la cual hubiese tenido muy poco sentido.

2 3 Proceso de la evaluación conductual

El proceso de la evaluación conductual surge desde las tareas que le son encomendadas. Muchos autores se han manifestado respecto a estas tareas: algunos hablan de tres o cuatro, otros llegan a enumerar más de una docena. Evidentemente influye aquí el grado de generalidad o de especificidad al que se desee acceder.

Desde los comienzos de la evaluación conductual quedaron claras sus misiones esenciales: por una parte, proveer de toda la información necesaria para configurar un diseño (lo más individualizado posible) del plan de intervención. La primera tarea está abocada a la *indicación y diseño de tratamiento*; la segunda, al control de los resultados del tratamiento. La indicación y diseño del tratamiento domina la primera fase del proceso de evaluación: la *evaluación de pretratamiento* (o diagnóstico). El control de resultados se extiende en cambio a través de la fase de *tratamiento* propiamente dicha, como a través de lo que se ha denominado fase de *seguimiento*, hasta asegurar que el éxito terapéutico ha sido duradero, administrando si es necesario las medidas

terapéuticas complementarias necesarias para ello (Silva 1988)

Se subraya ahora otro aspecto de la enorme ventaja que significa enfrentar la evaluación conductual (y a toda evaluación psicológica) desde un paradigma hipotético-deductivo. Se refiere a lo que en otros lugares (Silva 1988 1989) y rescatando un concepto de la vieja filosofía existencial podría llamarse la necesaria faticidad de toda evaluación. Situándola en un contexto concreto ninguna evaluación tiene asegurada de antemano su validez. Por más que utilicemos instrumentos objetivos fiables y válidos debe recordarse que lo son en un determinado contexto que no reproduce nunca exactamente las condiciones en que nos toca trabajar. En este sentido insiste Cronbach (1989) que los datos sobre la calidad de los instrumentos no son más que orientaciones frente al problema que hemos de enfrentar, no una seguridad definitiva. Por ello se insiste también desde la perspectiva psicométrica que la validez no esté tanto en los instrumentos como en la interpretación de los datos que para cada caso concreto se realizan.

2 4 Técnicas operantes para el desarrollo de conductas

La modificación de conducta dispone de técnicas especializadas para la promoción de nuevas formas de comportamiento. A menudo las nuevas conductas quizás tengan que sobreponerse a otras ya existentes y no siempre contara con condiciones ambientales que las faciliten a pesar de lo convenientes que resultarían (si ya estuvieran establecidas). De ahí el carácter técnico especializado que cobra esta tarea profesional.

La función terapéutica de desarrollar nuevas conductas que se requieran en ciertas circunstancias viene a ser un caso particular del proceso general de socialización.

2 4 1 Desensibilización sistemática

Sin duda una de las técnicas más representativas de la modificación de conducta pudiendo destacarse como una de las técnicas que más tempranamente se incorporaron en el bagaje de procedimientos terapéuticos de esta (Wolpe 1958) así como una de las técnicas más frecuentemente utilizadas y mejor estudiadas (Wolpe 1990 Foa Steketee y

Ascher 1980 Paul 1969a y 1969b Turner DiTomaso y Deluty 1985)

Técnica dirigida fundamentalmente a reducir las respuestas de ansiedad y a la vez eliminar las conductas motoras de evitación. El punto de partida es la consideración de que la aparición de determinadas situaciones estímulos o personas genera de forma automática respuestas de ansiedad en un sujeto. Razonar sobre lo adecuado o no de estas respuestas no parece ser un procedimiento útil para conseguir que cesen esas respuestas.

2 4 2 Moldeamiento

Técnicamente definido el moldeamiento es un procedimiento en el que se refuerzan las aproximaciones sucesivas a una conducta meta. Para que el reforzamiento tenga un lugar es necesaria la ocurrencia de alguna conducta previa. Cierta conducta traerá determinado refuerzo que a su vez se dispensará solo ante tal conducta.

El **refuerzo** es cualquier objeto o evento que incrementa la probabilidad de la conducta que lo precede. Siendo así lo que hará el reforzamiento es fortalecer la probabilidad de la conducta respecto de la cual es contingente. El reforzamiento es el acto de administrar el reforzador siguiendo algún criterio de frecuencia relativa a la conducta en cuestión. La conducta tratándose del moldeamiento es cualquier actuación ostensible ante la cual el ambiente responde fiablemente. Algo que hace el sujeto viene a ser una operación con ciertos efectos. Así pues la conducta es una operante cuyas consecuencias es el refuerzo.

Puesto que se trata de formar determinada conducta que ahora no puede darse el reforzamiento es selectivo respecto del repertorio disponible. En particular se empezarán a fortalecer aquellas conductas que más se asemejan topográfica y funcionalmente a la que se pretende conseguir. Sucesivamente el reforzamiento se hará más exigente en función de ciertos aspectos de dicha conducta y de acuerdo por lo demás con su variabilidad. De esta manera el moldeamiento resulta un proceso dinámico en el que se van transformando conjugadamente la conducta y sus consecuencias. En rigor hay que decir que la acción

selectiva de las consecuencias transforma la conducta esto es la moldea (Labrador Cruzado y Munoz 2008)

Si bien la estructura y la dinamica del moldeamiento es la señalada lo cierto es que en su aplicación por lo comun se incorporan otras técnicas adicionales

Una de ellas es el uso de **estímulos discriminativos** Aun cuando los estímulos discriminativos no dan lugar a la conducta puesto que esta no figura en el repertorio del sujeto, son sin embargo convenientes para ayudar a ocasionar aproximaciones que apunten a la conducta final segun el plan establecido Cualquier cosa cuya presencia facilite cierta conducta aproximativa es util al proceso Pueden ser por ejemplo preguntas tentadoras de una respuesta verbal o no que permita entonces su reforzamiento diferencial Puede ser una frase o una actividad incipiente de manera que sugieran su realización completa Si se trata de aprender un texto o de organizar una exposición (oral o escrita) quizá se utilicen anotaciones y demas apuntes En general cualquier disposición ambiental que seleccione las conductas apropiadas tendria este carácter discriminativo

Una vez conseguido el apoyo que proporcionen los estímulos discriminativos conviene por lo general prescindir de ellos. Se trataría en este caso de un proceso de retirada gradual de manera que la conducta bajo su control pueda mantenerse sin su presencia. Este proceso constituye de por sí una técnica denominada desvanecimiento de estímulo. Consiste en definitiva en atenuar la presencia del apoyo utilizado hasta su eliminación asegurando sin embargo la conducta conseguida. Si tales apoyos fueran preguntas se empezarían a reducir y hacer menos explícitas (Labrador Cruzado y Muñoz 2008).

Un supuesto especial del desvanecimiento combinado con el moldeamiento es la **transferencia del control** de un estímulo a otro de modo que la conducta deseada se reconstruye en función de éste desligándose del anterior que sin embargo la habría iniciado.

La imitación o *modelado* es otra técnica que se combina a menudo con el **moldeamiento**. En rigor consiste en un tipo de estímulo discriminativo que merece sin embargo una referencia aparte. Es el supuesto en el que se muestra una aproximación requerida para iniciar o continuar la serie. En vez de esperar se propone un modelo de lo que se quiere.

Si se trata de moldear una realización motora se muestra un movimiento incipiente que el sujeto pueda ejecutar en esa fase (Labrador Cruzado y Muñoz 2008)

2 4 3 Encadenamiento

El encadenamiento es la formación de una conducta compuesta a partir de otras más sencillas que ya figuran en el repertorio del individuo mediante el reforzamiento de sus combinaciones. De lo que se trata pues es de conseguir una unidad funcional que resulta compuesta sin embargo de subunidades conductuales preexistentes de manera que estas se subsumen en una nueva conducta. En realidad lo que construye es una ceremonia que si bien se compone de diversas operaciones lo que importa es su conjunto en orden a un fin determinado.

Consiguientemente hay que contar de entrada con conductas que vienen a ser fragmentos de la que vaya a resultar. En términos técnicos se diría que cada conducta del complejo resultante tiene una doble función como estímulo. Esto es funcionaria por un lado en calidad de estímulo discriminativo para la siguiente y por otro como estímulo reforzante de la anterior. Finalmente adquiriría

la unidad funcional a que se ha aludido Este encadenamiento entre estímulos discriminativos que en realidad son respuestas ya dadas y respuestas que además de ser estímulos reforzantes para la anteriores son también para la siguiente Se ha de decir que el primer componente de la cadena puede ser una instrucción o una regla que diga cómo se empieza (Labrador Cruzado y Muñoz 2008)

Al igual que en el moldeamiento aquí también conviene citar ciertas técnicas adicionales

Una de las más utilizadas es el uso de *instrucciones verbales* Consiste en direcciones verbales e instrucciones escritas pero también en gestos y señalizaciones de otro tipo Si el encadenamiento ya incorpora de suyo estímulos discriminativos estas técnicas adicionales no dejan de ofrecerse sin embargo como una suerte de estímulos discriminativos suplementarios Pueden tomar la forma de reglas que regulen toda la secuencia de operaciones de manera que el sujeto siga lo que se le dice (Labrador Cruzado y Muñoz 2008)

El uso de *modelos* es otra posibilidad coadyuvante en el encadenamiento Consiste sencillamente en mostrar como se hace la tarea que se trata de enseñar Esta demostración

puede ser de todas las operaciones en conjunto o quizá de aspectos parciales en calidad de ayudas puntuales El modelo hace y el aprendiz observa (y después lo hace él)

El moldeamiento de ciertos eslabones de la cadena conductual puede ser conveniente naturalmente cuando ciertas operaciones no figuren en el repertorio del individuo o sean deficientes De hecho es frecuente que algunos pasos conductuales no estén tan bien establecidos como otros de manera que requieran alguna perfección o incluso su desarrollo antes de proceder a conjuntos más que alternativos Cuando se carezca de la mayoría de eslabones se estará más cerca del moldeamiento mientras que éste también podría ser un cuasi-encadenamiento (Labrador Cruzado y Muñoz 2008)

A su vez el encadenado conductual así logrado necesita su reforzamiento esto es hacer probable que ocurra en las situaciones apropiadas y como no perfeccionar su ejecución Así pues su práctica ha de ser reforzada sistemáticamente al menos en la fase inicial sin perjuicio de su atenuación progresiva entre tanto la tarea tenga sus propios efectos reforzantes

Ciertas prácticas del **condicionamiento encubierto** se podrían ver asimismo como formas de encadenamiento entre tanto consisten en la recomposición de una ceremonia imaginaria. Sea por un ejemplo un entrenamiento de habilidades sociales donde uno se ve interactuando de una manera exitosa. Se trata de ligar fragmentos que constituyen una ceremonia apropiada (Labrador Cruzado y Muñoz 2008)

Finalmente la realización de tareas que requieren cooperación entre varias personas se ofrecería también como un proceso de encadenamiento. El aspecto del moldeado que ello tenga ya ha sido referido anteriormente pero el encadenado quizá sea su condición principal. De hecho se habla de trabajo en cadena. En este supuesto los fragmentos de la realización final son las conductas de cada persona implicada (Labrador Cruzado y Muñoz 2008)

2.5 Técnicas para la reducción de conductas operantes

Como se mencionó anteriormente el objetivo fundamental de las intervenciones en modificación de conducta es el de desarrollar nuevas conductas y habilidades que permitan a las personas una actuación mas adecuada ante las demandas

del medio. No obstante, en muchas ocasiones se hace necesario reducir determinadas conductas que alteran, dificultan o impiden el desarrollo de esas conductas adaptativas, con el consiguiente efecto negativo sobre el proceso de adaptación. En estos casos se hace necesaria una intervención dirigida a reducir o eliminar estas conductas para que puedan ocupar su lugar otras más adaptativas.

Es importante señalar que no es adecuado desarrollar una intervención dirigida exclusivamente a reducir o eliminar una conducta. Siempre será necesaria una parte complementaria que se dirija a desarrollar la o las conductas alternativas que se desean en lugar de la conducta a reducir. No basta con que la persona deje de emitir una conducta; es determinante qué hace en lugar de esa conducta. Por ello, en todo procedimiento de reducción de conductas tan importante como los procedimientos dirigidos a reducir la aparición de dichas conductas serán los procedimientos dirigidos al desarrollo y mantenimiento de conductas alternativas adecuadas (Labrador Cruzado y Muñoz, 2008).

A continuación se detalla el orden en que deben elegirse las técnicas de reducción de conductas. De no ser

exitosa la aplicación de dichas técnicas se debe considerar el uso de estímulos aversivos que serán detallados en las próximas páginas

2 5 1 Extinción

Consiste en suprimir el reforzamiento de una conducta previamente reforzada. Es decir, establecer las condiciones para que la persona no reciba reforzamiento tras la emisión de las conductas desadaptadas. Atención: aprobación. Reforzadores materiales dejan de seguir contingentemente a la conducta que se desea reducir. (Labrador Cruzado y Muñoz 2008)

Este procedimiento es más lento que otros métodos de reducción de conductas; incluso puede producir inicialmente un incremento de la conducta, pero si se mantiene la extinción tras ese incremento inicial, progresivamente comenzará a disminuir hasta su eliminación completa.

2 5 2 Procedimientos de reforzamiento diferencial

Estos procedimientos utilizan el reforzamiento positivo bien para mantener la conducta a niveles

moderados bien para la emision de otras conductas diferentes o incompatibles con la que se desea eliminar (Labrador Cruzado y Muñoz 2008)

2 5 2 1 Reforzamiento diferencial de tasas bajas (RDTB)

Se refuerza al sujeto por mantener una tasa de conducta más baja de la observada en linea base Es decir se refuerza por la emisión de la conducta pero solo si esta se emite a tasas bajas Esta técnica es aplicable cuando lo que se desea es reducir ciertos comportamientos pero no eliminarlos La conducta de un niño de acaparar la conversación en las reuniones de grupo es un ejemplo de una conducta que requiere ser reducida en su frecuencia pero no eliminarla (Labrador Cruzado y Muñoz 2008)

El procedimiento aplicado de forma adecuada resulta efectivo produciendo una reducción progresiva en la tasa de respuesta No obstante conviene recordar que

a) Requiere mucho tiempo para ser efectivo

- b) Se focaliza sobre la conducta indeseable las conductas adecuadas que se emiten en el intervalo temporal pueden pasar desapercibidas
- c) Puede dar lugar a que el sujeto considere que una conducta desadaptada es apropiada emitiéndola a tasas bajas

Por ello lo mas adecuado es restringir el uso de este metodo para la reduccion de conductas que son excesivas pero que en una tasa adecuada son aceptables y no aplicarlo a comportamientos agresivos autolesivos o que son peligrosos

2 5 2 2 Reforzamiento diferencial de otras conductas (RDO)

En este procedimiento el reforzador sigue a cualquier conducta que emite el individuo con la excepcion de la conducta inapropiada que queremos eliminar En este caso se refuerza la ausencia de la conducta inapropiada durante un periodo determinado de tiempo Por tanto la conducta que se trata de eliminar se pone bajo extinción mientras se refuerza cualquier otra conducta alternativa Esta técnica

también aparece con la denominación de entrenamiento de omisión (Labrador Cruzado y Muñoz 2008)

Por lo común es un procedimiento muy eficaz. Aunque es posible encontrar personas que se entreguen a una tasa tan alta que no sea probable que ocurran otras conductas (por ejemplo el hábito de balancearse de un niño autista con síntomas severos) la mayoría de las personas (igualmente niños con autismo con características moderadas o leves) disponen de todo tipo de opciones asequibles y por lo general emiten alguna de ellas. En consecuencia las conductas reforzadas se incrementan reduciéndose en consecuencia la conducta no reforzada (Labrador Cruzado y Muñoz 2008)

2 5 2 3 Reforzamiento diferencial de conductas incompatibles o alternativas (RDI)

Es un caso especial de RDO que consiste en reforzar una conducta que es incompatible o no puede hacerse al mismo tiempo que la conducta que se desea eliminar. Por ejemplo el mascar chicle es incompatible con la conducta de fumar, el sonreír y

ser amable lo es con comportamientos agresivos el permanecer sentado y atento en clase lo es con respecto a la conducta de alborotar Es importante una adecuada operacionalización de la conducta incompatible ya que si no puede dar lugar a errores Por ejemplo hacer que un niño permanezca en su pupitre sin hablar no es incompatible con que siga fantaseando o imaginando cosas sin atender mas que aparentemente al profesor (Labrador Cruzado y Muñoz 2008)

Entre las principales ventajas de este procedimiento e encuentra el que si la conducta incompatible queda bien establecida es decir se da a una alta tasa y es lo suficientemente estable la conducta desadaptativa sera eliminada Es un enfoque positivo en el que los sujetos reciben reforzamiento y además pueden aprender comportamientos nuevos o aumentar repertorios comportamentales (Labrador Cruzado y Muñoz 2008)

2 5 3 Costo de respuesta o castigo negativo

Procedimiento que consiste que consiste en retirar algun reforzador positivo de manera contingente a la emisión de una conducta Es decir se pierden cantidades especificas de un reforzador previamente adquirido por emitir una conducta inadecuada Puede retirarse cualquier reforzador con tal que se haya constatado que funciona como tal para el sujeto Es más puede utilizarse aunque no se haya detectado o no se pueda controlar un reforzador que esté controlando la conducta del sujeto En este caso si no se ha identificado un reforzador eficaz que pueda ser retirado se puede dar al sujeto un reforzador adicional que se le retirará conforme emita la conducta indeseada (Labrador Cruzado y Muñoz 2008)

En programas operantes en los que administra reforzadores cuantificables como fichas puntos u otros objetos que posteriormente se cambiaran por los reforzadores el costo de respuestas esta especialmente indicado al igual que en los contratos que especifican recompensas se señalan las pérdidas de reforzadores por la no emisión de las conductas adecuadas (Labrador Cruzado y Muñoz 2008)

Entre las principales ventajas de este procedimiento se encuentra que produce una reducción de la conducta relativamente rápida y eficaz con efectos duraderos asemejándose en esto a procedimientos aversivos como el castigo

Cabe resaltar la diferencia entre costo de respuesta al que también se le denomina castigo negativo con el castigo en que este último implica la presentación de un estímulo aversivo para reducir la emisión de la conducta en vez de la retirada de cierta cantidad de reforzadores. Esto hace que se provoquen menos respuestas emocionales en la persona a la que se le aplica y por tanto se evitan los posibles efectos negativos de éstas sobre la realización

2 5 4 Tiempo fuera de reforzamiento (time out)

Consiste en retirar las condiciones del medio que permiten obtener reforzamiento o sacar a la persona de éstas durante un determinado periodo de manera contingente a la emisión de la conducta desadaptada. Es una técnica que puede utilizarse cuando se conoce cuáles son los refuerzos que mantienen una conducta pero no se puede

controlar las fuentes de entrega de estos reforzadores. Por ejemplo, el niño que pega a otro en el aula porque los demás se ríen y no le atienden. En este caso se sabe qué es lo que mantiene su conducta, pero no se puede controlar el que los otros niños le atiendan. Por ello se procede a retirar al niño de esa situación, bien sacándolo del aula, bien poniéndolo en un sitio donde no pueda ver a sus compañeros.

Como desventaja del tiempo fuera se debe señalar que implica contingencias negativas, ya que se elimina el ambiente reforzante. Los agentes que lo aplican pueden convertirse en estímulos condicionados aversivos, sobre todo si no emiten reforzamiento positivo por otros comportamientos. De forma más importante, el tiempo fuera impide la oportunidad de practicar conductas adecuadas e impide el aprendizaje durante el intervalo temporal (Labrador Cruzado y Muñoz, 2008).

El procedimiento de tiempo fuera se ha empleado con alto grado de éxito en el tratamiento de la conducta alborotadora, agresiva y de desobediencia. Se ha usado con mucha menos frecuencia y éxito en conductas

autoestimulatorias y autolesivas para las cuales no se aconseja (Cooper et al 1987 Wolery et al 1988)

2 5 5 Saciedad

La práctica negativa fue desarrollada por Dunlap (1932) y consiste en la presentación de un reforzador de forma tan masiva que pierda su valor. Puede llevarse a cabo de dos formas bien haciendo que el sujeto emita la conducta que se trata de reducir de forma masiva - denominada saciación de respuesta o más comunmente práctica negativa o práctica masiva bien proporcionando el refuerzo que mantiene la conducta en tan gran cantidad o durante tanto tiempo que pierda su valor recompensante (Labrador Cruzado y Muñoz 2008)

2 5 6 Sobrecorrección

En este procedimiento desarrollado por Foxx y Azrin (1973) se requiere trabajo y esfuerzo para remediar las consecuencias negativas de la conducta desadaptativa. La idea central es compensar en exceso las consecuencias de la

conducta inadecuada (sobrecorregir) (Labrador Cruzado y Munoz 2008)

La sobrecorrección se puede aplicar de dos formas
restitucion y práctica positiva

La *sobrecorreccion reitutiva* requiere que el sujeto restaure el daño que haya producido y sobrecorrija o mejore el estado original anterior al acto

La *sobrecorreccion de practica positiva* consiste en la emisión repetida de una conducta positiva Por ejemplo Fox y Azrin (1973) controlaron la rotación autoestimulatoria de una niña retrasada haciendo que repitiera tres ejecuciones (mantener la cabeza hacia arriba en un nivel medio y hacia abajo) durante veinte minutos cada vez que realizaba el movimiento de la cabeza

2.6 Intervención para el desarrollo de las relaciones (RDI Relationship Development Intervention)

Sistema de modificación de conducta desarrollada por el Dr Steven Gutstein y Dra Rachelle Sheely basado en el entrenamiento a los padres para restaurar la relación entre los padres y el niño A su vez promover el desarrollo del

pensamiento y de la relaciones La esencia basica de la participación dirigida es que los padres desempeñan un rol continuo al dirigir al niño a aprender y darse a entender (Gutstein 2004) Esto comienza con una evaluación detallada de la relación entre padre-hijo y madre-hijo y así determinar dónde las averías están ocurriendo Un plan se desarrolla para consolidar la relación y da a los padres las herramientas para reparar las averías que ocurren Una vez que la relación dirigida de la participación es establecida entre los padres y el niño el foco da vuelta a los déficits de desarrollo específicos del niño RDI utiliza un sistema comprensivo de los objetivos de desarrollo ordenados que representan todos los aspectos del desarrollo humano Los objetivos abarcan áreas del desarrollo tales como pensamiento abstracto timidez comunicación regulación del comportamiento y emociones las amistades solución de problemas colaboración aprendizaje académico entre otros Un proceso cuidadoso de evaluación identifica los hitos del desarrollo para cada niño particular y un plan se desarrolla para tratar los objetivos para cada área específica que requiera la atención Esto exige a menudo el volver a las etapas de desarrollo tempranas para abordar las ediciones de la base

que estan impidiendo la capacidad de un niño de funcionar El acercamiento de RDI se centra en la remediación de déficits Esto significa que se abordan los déficits subyacentes que evitan que los individuos se relacionen de acuerdo a los como se espera para su edad

Otra manera de pensar en esto es que estamos centrados en desarrollar la inteligencia dinámica que incluye los procesos y las capacidades del pensamiento necesarios para estar comprometidos con los constantes cambios que se dan en el dia a dia Esto se coloca en gran contraste a los acercamientos del tratamiento que se centran en la adquisición de las habilidades de memoria de las áreas de aprendizaje y otras académicas que le enseñan habilidades académicas pero no pueden contrarrestar sus déficits sociales

El programa de RDI consta de un programa de entrenamiento certifica como consultores RDI permite dirigir a las familias en el proceso de evaluacion y tratamiento Los consultores conducen evaluaciones periodicos para determinar puntos de partida miden progreso e identifican obstáculos a lo largo del tratamiento Se trabaja de cerca con los padres proporcionando la educación estrategias y se modelan las

tecnicas que se utilizan para el cumplimiento de los objetivos del niño Mientras que el niño esta dirigido por la participaci3n con los padres estos est3n guiados por la participacion del consultor La meta del consultor es ayudar a los padres a reclamar su papel como la gu3a m3s importante en la vida del ni1o

RDI no abarca un sistema espec3fico de actividades hecho en un lugar especifico y para una cantidad de tiempo especifica Es una manera de vida que impregna cada interaccion con el ni1o y t3picamente con otros miembros de familia tambi3n Los padres aprenden c3mo acercarse a su ni1o y proporcionar las oportunidades para pensar comunicar y relacionarse de manera que promueven crecimiento y desarrollo de las habilidades sociales su adaptabilidad y autoconocimiento

Los objetivos de RDI son

- Referenciacion emocional la capacidad de usar un sistema de retroinformaci3n emocional para aprender de las experiencias subjetivas de otros
- Coordinacion social la capacidad de observar y continuamente regular la conducta propia para poder participar en relaciones espont3neas que conllevan colaboraci3n e intercambio de emociones

- Lenguaje declarativo usar el lenguaje y la comunicacion no verbal para expresar curiosidad invitar a otros a interactuar compartir percepciones y sentimientos y coordinar sus acciones con otros
- Pensamiento flexible la capacidad de adaptarse cambiar de estrategia y alterar planes rapidamente dependiendo de las circunstancias cambiantes
- Procesamiento relacional de información la capacidad de obtener significado a partir de un contexto mayor resolver problemas que no tienen solucion correcta o incorrecta
- Prevision y retrospección la capacidad de reflexionar sobre experiencias pasadas y anticipar posibles escenarios futuros de manera productiva (Gutstein 2000)

Los objetivos tienen un enfoque sistemático dedicado a aumentar la motivación y enseñar habilidades nuevas concentrándose en el nivel actual de desarrollo y funcionamiento del niño Los niños comienzan a trabajar individualmente con uno de sus padres Cuando están listos, comienzan a trabajar con un compañero que tiene un nivel

CAPITULO II

METODOLOGIA

1 Planteamiento del Problema

¿La terapia conductual será efectiva como tratamiento para reducir las tres características propias del Trastorno Autista interacción social comunicación y patrones de comportamiento intereses y actividades restringidas repetitivas y estereotipadas?

2 Justificación

El autismo es una enfermedad que está siendo estudiada científicamente hace pocos años. En 1943 es la primera vez que se inician las evaluaciones científicas con el médico Leo Kanner quien introduce el término autismo infantil. La incidencia de casos van en aumento hasta se ha hablado de una epidemia por lo que se invierte mucho más en estudios para detectar las causas que en conocer sobre los tratamientos.

Las personas que más cerca se encuentran del niño son las que detectan las primeras irregularidades en las conductas del infante. Los padres, abuelos y profesionales de jardines maternos son los que describen con preocupación ciertas rarezas que los diferencian de otros.

niños Sin embargo la mayoría de ellos no cuentan con un entrenamiento sobre el tema del Trastorno Autista, por lo tanto es importante darles a las maestras y psicólogos de las escuelas entrenamiento para evaluar desde temprano estas características para así referirlos a especialistas y concientizarse de la importancia de la intervención temprana

Una vez diagnosticados por lo general los niños reciben terapia conductual por muy pocas horas semanales y diarias lo cual afecta su evolución en el tratamiento La teoría señala la importancia de repetición de la conducta blanco por esto es esencial que reciban tratamiento al menos por 10 horas semanales es decir 2 hrs diarias por 5 días y lo más importante es entrenar a padres nana y maestros para que trabajen en conjunto con el psicólogo y así aumentar la probabilidad de éxito de las conductas deseadas Cabe resaltar que el psicólogo presenta a los padres un programa con los objetivos a trabajar para que éstos una vez dominados puedan ser generalizados en diferentes lugares y por diferentes personas

Al revisar los estudios realizados en nuestro país referentes al tema del Trastorno Autista no se encontraron

trabajos que especifiquen el tratamiento en las tres principales areas del diagnóstico a) alteración cualitativa de la interacción social b) alteración cualitativa de la comunicación y c) patrones de comportamiento intereses y actividades restringida repetitiva y estereotipada Por lo que es importante realizar una investigación que analice la influencia de la intervencion psicológica (terapia conductual) en las características propias del Trastorno Autista Además de tomar en cuenta las horas semanales de tratamiento conductual y el entrenamiento a padres nana y maestros

3 Objetivos

3 1 Objetivos generales

Aplicar un programa de Terapia Conductual a un niño diagnosticado con Trastorno Autista en su entorno casa escuela supermercado restaurantes hospital centros comerciales y parques

Entrenar en el manejo conductual a los padres maestras y nana del niño diagnosticado con Trastorno Autista

Evaluar la efectividad de las técnicas conductuales para el mejoramiento de las conductas propias del Trastorno Autista

3 2 Objetivos específicos

Aumentar la interacción social del niño diagnosticado con el Trastorno Autista

Aumentar habilidades de la comunicación receptiva y expresiva del niño diagnosticado con el Trastorno Autista

Disminuir los patrones de comportamiento intereses y actividades restringidas repetitivas y estereotipadas

Obtener resultados concretos sobre la efectividad de las técnicas conductuales en el tratamiento para niños con autismo

Conocer mediante la evaluación de la prueba de Desarrollo Battelle el efecto de la terapia conductual en el desarrollo del niño en las áreas personal/social, adaptativa motora comunicación y cognitiva

Aplicar un programa que considere el ámbito preescolar resaltando las conductas y habilidades que son prioridad en el desarrollo de los niños con Trastorno Autista

Presentar una investigación panameña que despliegue un programa de terapia completo considerando las tres características principales del Trastorno Autista en los diferentes ambientes donde se desenvuelve el niño

4 Hipótesis de trabajo

4.1 Hipótesis de investigación

- El niño diagnosticado con Trastorno Autista al recibir las técnicas de la terapia conductual mostrara disminuciones en la alteracion cualitativa de interaccion social
- El niño diagnosticado con Trastorno Autista al recibir las técnicas de la terapia conductual mostrara disminuciones en la alteracion cualitativa de la comunicacion social

- El niño diagnosticado con Trastorno Autista al recibir las técnicas de la terapia conductual mostrara disminuciones en los patrones de comportamiento intereses y actividades restringidos repetitivos y estereotipados

4 2 Hipótesis nulas

- El niño diagnosticado con Trastorno Autista al recibir las técnicas de la terapia conductual no mostrará disminuciones en la alteracion cualitativa de interacción social
- El niño diagnosticado con Trastorno Autista al recibir las técnicas de la terapia conductual no mostrara disminuciones en la alteración cualitativa de la comunicación social
- El niño diagnosticado con Trastorno Autista al recibir las técnicas de la terapia conductual no mostrara disminuciones en los patrones de comportamiento intereses y actividades restringidos repetitivos y estereotipados

5 Variables

5 1 Variable Independiente

TERAPIA CONDUCTUAL

Definición conceptual

La terapia conductual es un tipo de terapia psicológica inspirada en los métodos y conceptos fundamentales del conductismo (Skinner) intenta describir explicar y modificar los trastornos del comportamiento

Se utilizaron las técnicas terapéuticas y principios de la terapia conductual tales como desensibilización sistemática moldeamiento encadenamiento extinción procedimiento de reforzamiento diferencial costo de respuesta o castigo negativo tiempo fuera de reforzamiento saciedad sobrecorrección y la intervención para el desarrollo de las relaciones (RDI) entre otras que sean necesarias considerando las conductas que vaya presentando el niño

Definición operacional

El proceso terapéutico se inicia con la evaluación conductual la cual permitió obtener del niño la

información necesaria para definir los cambios en la conducta así como para predecir y controlar dichos cambios a lo largo de la terapia. Esta evaluación facilita la descripción objetiva explícita y cuantitativa de las respuestas desadaptativas que conforman el trastorno del niño así como las circunstancias en que éste aparece proporcionando los datos suficientes para escoger y diseñar un programa de tratamiento conductual individual basado en las técnicas conductuales. Las fases que conlleva este proceso parten de la definición de las conductas-problema y culmina con la evaluación de los resultados basados en la evaluación antes y durante la aplicación del tratamiento.

5.2 Variable Dependiente

**INTERACCIÓN SOCIAL COMUNICACIÓN SOCIAL Y PATRONES DE
COMPORTAMIENTO INTERESES Y ACTIVIDADES RESTRINGIDAS
REPETITIVAS Y ESTEREOTIPADAS**

Definición conceptual

Estas características pertenecen a los Trastornos Generalizados del Desarrollo.

Segun el DSM-IV se caracteriza por

1 alteracion cualitativa de la interaccion social manifestada al menos por dos de las siguientes características

- (a) importante alteración del uso de multiples comportamientos no verbales como son contacto ocular expresion facial posturas corporales y gestos reguladores de la interacción social
- (b) incapacidad para desarrollar relaciones con compañeros adecuados al nivel de desarrollo
- (c) ausencia de la tendencia espontánea para compartir con otras personas disfrutes intereses y objetivos (p ej no mostrar traer o señalar objetos de interés)
- (d) falta de reciprocidad social o emocional

2 alteración cualitativa de la comunicación manifestada al menos por dos de las siguientes características

- (a) retraso o ausencia total del desarrollo del lenguaje oral (no acompañado de intentos para compensarlo mediante modos alternativos de

comunicacion tales como gestos o mimica)

(b) en sujetos con un habla adecuada alteración importante de la capacidad para iniciar o mantener una conversacion con otros

(c) utilización estereotipada y repetitiva del lenguaje o lenguaje idiosincrásico

(d) ausencia de juego realista espontaneo variado o de juego imitativo social propio del nivel de desarrollo

3 patrones de comportamiento intereses y actividades restringidos repetitivos y estereotipados manifestados por lo menos mediante una de las siguientes características

(a) preocupación absorbente por uno o más patrones estereotipados y restrictivos de interés que resulta anormal sea en su intensidad sea en su objetivo

(b) adhesión aparentemente inflexible a rutinas o rituales especificos no funcionales

(c) manierismos motores estereotipados y repetitivos (p ej sacudir o girar las manos o dedos o

movimientos complejos de todo el cuerpo)

(d) preocupación persistente por partes de objetos

Definición operacional

Las características del Trastorno Autista que se midieron se establecieron a través de los items del DSM-IV (F84 0)

6 Diseño de Investigación

La investigación es tipo experimental caso unico de diseño de línea base multiple cuya finalidad es demostrar el efecto de una intervención mostrando que el cambio de conducta acompaña a la presentación de la intervención en momentos diferentes Hay diferentes versiones del diseño de linea base multiple (Kazdin 2001)

Las versiones difieren dependiendo de si las lineas base son

- o Diferentes respuestas (síntomas conductas areas de funcionamiento) para un individuo dado

- o La misma respuesta de individuos diferentes
- o La misma respuesta para un individuo en situaciones diferentes

Despues de que cada linea base muestra un patron estable la intervencion se aplica a una respuesta Las condiciones de linea base permanecen en efecto para las otras respuestas Se espera que cambie la respuesta inicial a la cual se aplica el tratamiento mientras otras permanecen en niveles previos al tratamiento Cuando la conducta tratada se estabiliza la intervencion se aplica a la segunda respuesta

El tratamiento continua para las dos primeras respuestas mientras la linea base continua para todas las repuestas Al final cada respuesta se expone al tratamiento pero en un momento diferente Una relación causal entre la intervencion y la conducta se demuestra claramente si cada respuesta cambia solo cuando se introduce la intervencion y no antes

El diseño de linea base multiple demuestra el efecto de la intervencion sin un regreso a las condiciones de linea base y una perdida de las ganancias logradas

Los diseños de línea base múltiple a menudo se usan favorablemente en las aplicaciones clínicas, porque la intervención se aplica en una forma gradual o secuencial en diferentes respuestas del individuo (o diferentes individuos o diferentes situaciones). Si la intervención es efectiva se puede ampliar a todas las demás respuestas para las cuales se desea el cambio. Además si la intervención no es efectiva o no lo suficiente como para lograr cambios importantes se puede alterar o mejorar antes de que se generalice.

7 Procedimiento

En base al modelo de investigación el procedimiento utilizado se basa en sesiones diarias de lunes a viernes dos horas diarias por un año. Se aplicaron ocho (8) horas semanales en diferentes ambientes tales como la casa, restaurantes, farmacias, supermercados, tiendas, por departamento y jugueterías. En la escuela se aplicaron dos (2) horas semanales una (1) hora dos días diferentes. A su vez se entrenaron a los padres, nana y maestros para la atención y educación del niño para disminuir y eliminar las conductas disruptivas propias del Trastorno Autista. Se

realizaron mensualmente reuniones con cada uno de los terapeutas externos que atienden al niño (terapeuta de lenguaje y ocupacional) para conocer sus inquietudes en cuanto al comportamiento-desarrollo del niño y presentarle las metas en la terapia conductual

A continuación se presenta un ejemplo de las conductas trabajadas con el niño durante un período de tiempo

Interacción Social	Comunicación Social	Patrones de comportamiento intereses actividades restringidas repetitivas y estereotipadas
<p>A) CONTACTO VISUAL</p> <p>Mirar a la persona mientras entrega un objeto</p> <p>Mirar a la persona mientras recibe un objeto</p> <p>Mirar mientras escucha a la persona que habla</p> <p>Mirar mientras le dice/señala algo a una persona</p>	<p>A) DESARROLLO DEL LENGUAJE ORAL</p> <p>Se inicia enseñando y generalizando las habilidades pre-comunicativas</p> <p>Además del lenguaje receptivo y expresivo</p> <p>Señalar los objetos</p> <p>Usar gestos unidos a palabras para comunicarse</p> <p>Ej traer a la persona y decirle ven</p>	<p>A) PREOCUPACIÓN ABSORBENTE POR UNO O MÁS PATRONES ESTEREOTIPADOS Y RESTRICTIVOS DE INTERES RESULTA ANORMAL SEA EN SU INTENSIDAD O EN SU OBJETIVO</p> <p>Variar el uso de los juguetes (carros legos y muñecos) en fila</p> <p>Variar el tipo de comida</p> <p>Aceptar diferentes texturas de ropa</p>

<p>EXPRESIÓN FACIAL</p> <p>Identificar emociones en el rostro de las personas</p> <p>Mover la cabeza y decir no cuando no quiere algo</p> <p>POSTURAS CORPORALES</p> <p>Sentarse en el circle time</p> <p>Mantenerse de pie en la actividad</p> <p>GESTOS</p> <p>Entender cuando le dicen ya voy y le muestran el gesto</p> <p>Con su mano hacer gesto de esperar</p>	<p>Aumento de lenguaje receptivo y expresivo</p> <p>Sustantivos verbos adjetivos etc</p> <p>Enseñarle a que se dirija a una persona cuando desea solicitar y/o comunicar algo el niño debe tocar a la persona y señalarle o decirle lo que desea</p> <p>Evitar que el niño hable solo</p>	<p>Eliminar algunas rutinas disfuncionales (el niño no acepta que se la cambien)</p> <p>tales como usar el mismo color de lápiz sentarse siempre en la misma silla entre otras</p>
<p>B) RELACIONES SOCIALES</p> <p>Tomarse de la mano con los niños en las rondas</p> <p>Ponerle la mano a los niños en los hombros para la fila</p> <p>Empujar a los niños en el columpio</p> <p>Correr con los niños</p> <p>Cantar</p>	<p>B) HABLA ADECUADA</p> <p>Dificultad para iniciar</p> <p>Tentativas de comunicacion con gestos para prevenir que cuando hablara adecuadamente no quisiera iniciar</p>	<p>B) ADHESION APARENTEMENTE INFLEXIBLE A RUTINAS O RITUALES ESPECÍFICOS NO FUNCIONALES</p> <p>Usar pantalones cortos y largos solo quiere cortos</p>

<p>C) TENDENCIA ESPONTANEA PARA COMPARTIR CON OTRAS PERSONAS DISFRUTES INTERESES Y OBJETOS</p> <p>Compartir juguetes con otros Mostrar su trabajo ropa comida etc a otras personas Llamar a los otros para jugar</p>	<p>C) UTILIZACIÓN ESTEREOTIPADA Y REPETITIVA DEL LENGUAJE</p> <p>Al inicio se dio ecolalia se trabajó tentaciones de comunicación y vocabulario funcional se evitó este tipo de lenguaje</p>	<p>C) MANIERISMOS MOTORES</p> <p>Mantener las manos quietas las mueve constantemente</p>
<p>D) RECIPROCIDAD SOCIAL O EMOCIONAL</p> <p>Unirse al juego cuando lo invitan Aceptar el saludo de otros Acepte cuando otros niños lo consuelen Compartir sus juguetes y comida</p>	<p>E) JUEGO REALISTA ESPONTÁNEO VARIADO</p> <p>- Exponerlo a diferentes juegos - Enseñarle diferentes tipos de juego para su edad Ej el escondite - enseñarle juegos de pretender Ej al doctor</p>	<p>D) PREOCUPACIÓN PERSISTENTE POR PARTES DE OBJETOS</p> <p>Evitar se autoestimule con tapas de plumas ruedas de los carros entre otras</p>

Cada conducta puede tomar entre una semana a dos meses o mas dependiendo del tiempo de generalización Y el tiempo que se dedica a cada síntoma por lo general es el mismo y

se busca integrar en una intervención el trabajo de las tres

A medida que el niño domina dichas conductas en diferentes ambientes y personas se establece una nueva conducta considerando la etapa de desarrollo del niño y la sintomatología para prevenir la aparición de nuevas conductas

Considerando los doce (12) síntomas propios del Trastorno Autista para esta investigación se trabajaron en las 10 horas semanales por un año un aproximado de ochenta (80) conductas para cada sintoma de la interaccion social setenta (70) para cada sintoma de la comunicación social y treinta y cinco (35) para cada conducta con el objetivo de disminuir y prevenir los patrones de comportamiento intereses y actividades restringidas estereotipas y repetitivas cabe resaltar que debido a la edad del niño ésta ultima característica no se establecen tantas conductas blancos es un tratamiento preventivo

Para cada conducta blanco se utilizan las técnicas de modificacion de conducta las cuales se aplican con el mismo principio de la terapia conductual independiente de la característica del niño la tecnica se aplica a la

conducta y puede variar dependiendo del momento de desarrollo del niño

8 Poblacion y muestra

El estudio es de tipo caso unico por lo que la población es un sujeto de dos años cuatro meses que cumple con los criterios diagnosticos del Trastorno Autista

8 1 Criterios de Inclusión

Nino diagnosticado con Trastorno Autista

Consentimiento de sus padres

Asiste a un preescolar

Estado de salud fisico satisfactorio

8 2 Criterios de Exclusión

Presentar comorbilidad con ningun otro trastorno

Recibir otro tipo de tratamiento psicologico

9 Técnicas e Instrumentos para la Recolección de los datos

Se le realiza a la madre una entrevista clínica basada en la prueba Sistema de evaluación de la conducta de niños y adolescentes BASC. Se utiliza específicamente la Historia Estructurada del Desarrollo.

La evaluación conductual para establecer el tratamiento y sus efectos se realiza considerando los síntomas del Trastorno Autista y los hitos propios del desarrollo de un niño de dos años cuatro meses.

a BASC Historia Estructura del Desarrollo

Contiene una amplia relación de los antecedentes del niño o adolescente que el profesional puede completar durante una entrevista con uno de los padres o tutores legales. También la puede rellenar uno de los padres como cuestionario en casa, en el colegio o en la clínica.

La historia sistemáticamente información que es crucial para el proceso de diagnóstico y tratamiento. Hay muchos sucesos del desarrollo y problemas médicos en el seno familiar que pueden tener influencia en la conducta.

actual del niño o adolescente La historia estructura la recogida de la anamnesis social y medica del niño y de su familia Debido a que es muy completa puede ser de utilidad en cualquier evaluacion del niño si se utilizan otros componentes del BASC como si no

b Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales Texto Revisado (DSM-IV-TR)

El DSM-IV-TR es una clasificación de los trastornos mentales Proporciona descripciones claras de las categorias diagnósticas con el propósito de que los clinicos y los investigadores de las ciencias de la salud diagnostiquen estudien e intercambien información y traten los distintos trastornos mentales

c Inventario de Desarrollo Battelle

Se ha utilizado el Inventario de Desarrollo Battelle de Newborg Stock y Wnek adaptación espanola de De la Cruz y Gonzalez Se trata de una bateria para evaluar las habilidades fundamentales del desarrollo en niños

comprendidos entre el nacimiento y los ocho años su aplicación es individual y está tipificada

Elaborada por un grupo de profesionales de diversos campos se desarrolló inicialmente en el año 1984 aunque la adaptación española es del año 1996 Uno de los propósitos fundamentales de la prueba es proporcionar información sobre los puntos fuertes y débiles en diversas áreas del desarrollo del niño para facilitar la elaboración de programas de intervención individualizados

Se utiliza en el ámbito clínico y en la educación especial en edades tempranas Su formato de aplicación y puntuación poseen mayor objetividad y rigor que los utilizados en la mayoría de los inventarios de desarrollo

Puede aplicarse en su forma completa o abreviada (Prueba de Screening) la aplicación de esta última forma economiza tiempo sin perder fiabilidad pues permite detectar en qué área debe o no hacerse una evaluación completa

Los procedimientos para obtener la información son de tres tipos Examen estructurado Observación (escuela casa) e Información (profesores padres o tutores)

Está compuesto por 341 items divididos en las siguientes areas

- Personal/Social
- Adaptativa
- Motora (Motricidad Gruesa y Motricidad Fina)
- Comunicación (Receptiva y Expresiva)
- Cognitiva

Dentro de cada una de las cinco áreas los items se agrupan en subáreas (o areas de habilidades específicas) Los items se presentan en un formato normalizado que especifica la conducta que se va a evaluar los materiales necesarios los procedimientos de administración y los criterios para puntuar la respuesta

CAPITULO III

PRESENTACIÓN

Y

ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Historia Estructurada del Desarrollo

Datos Generales

Nombre del niño	E L (iniciales ficticia para la investigación)
Sexo	masculino
Edad - escolaridad	
Al iniciar tratamiento	2 años 4 meses - pre maternal
Al finalizar tratamiento	3 años 4 meses - maternal
Fecha de nacimiento	febrero 2006
Nivel Socioeconómico	alto
Dirección	Panama

Padres

Nombre de la madre	A M (iniciales ficticia para la investigación)
Edad	29 años
Profesión	Ama de casa
Nivel de estudio	licenciatura en Administración de Empresas
Nombre del padre	A N (iniciales ficticias para la investigación)
Edad	32 años
Profesión	comerciante
Nivel de Estudio	licenciatura en Administración de Empresas

Antecedentes psiquiatricos familiares

Al parecer ningun familiar de parentesco materno ni paterno ha presentado historia de consumo de sustancias ilícitas ni otros trastornos psiquiátricos

Historia médica y del desarrollo

El embarazo fue planificado y deseado por ambos padres la madre tenía 26 años y el padre 28 años ambos con mucho deseo que fuese un varon El niño nació en un hospital privado después de 36 semanas de gestacion con un desarrollo perinatal a las 32 de semanas de alta riesgo al niño le maduran los pulmones y nace por parto vaginal inducido con pitocin la madre señala que su ginecólogo actual le mencionó que la puesta de pitocin puede ser una de las causas del retraso en el desarrollo del niño

Pesó 7 9 libras al nacer y midió 51 centímetros La madre y el nino permanecieron dos días en el hospital

Al cumplir un añito fue hospitalizado por presentar gastroenteritis salió del hospital a los dos dias y volvio por una semana por deshidratacion el nino continua hasta

el momento presentado por lo menos cuatro veces al año el mismo cuadro El médico señala que su estomago es delicado por lo tanto el virus le afecta más que al resto de los niños

El niño empezó a darse la vuelta al mes mostrar interés o sentirse atraído por sonido a los 3 meses sentarse por si mismo a los 5 meses gatear a los 4 meses y medio ponerse de pie en la cuna a los 4 meses caminar a los 12 meses 4 días dijo sus primeras palabras cuando tenía 9 meses aproximadamente luego las fue perdiendo ya no quería hablar ni comunicarse con las personas todo lo hacía gritando y llorando los padres no sabían si entendía lo que le hablaban era muy difícil comunicarse con él tenían que ofrecerle diferentes cosas hasta que supieran que deseaba

Desde pequeño el niño presenta problemas para dormir su sueño era muy irregular se levantaba constantemente en la noche y en el día dormía muy poco es hasta el año seis meses que duerme 6 a 8 horas seguidas durante la noche pero disminuye el tiempo de las siestas de día a partir de los 2 años duerme de 8 a 10 horas seguidas en horario nocturno y se eliminan las siestas

A partir de los 6 meses el niño empieza a comer alimentos solidos sin embargo no quería ingerirlos por lo que la madre tenia que licuarlos esta situación se presenta hasta los 2 años y 6 meses momento en cual acepta comer algunos alimentos sólidos Alcanzados los 3 años y 1 mes el niño acepta plenamente los alimentos sólidos Actualmente expresa su preferencia hacia cierto tipo de alimentos

El niño a los 2 años 2 meses de edad es llevado por los padres al médico neuropediatra ya que éste habia dejado de hablar era muy inquieto y para comer era necesario que la television estuviese prendida sino no comía y empezaba a llorar La doctora señaló que no podía dar un diagnóstico pero que tenia que someterlo a tratamiento (terapia de lenguaje y terapia de conducta) y ser re-evaluado en seis meses ya que el niño cumplia con las características de un Trastorno Autista

El niño a los 2 años 4 meses empieza terapia conductual 10 horas a la semana es referido a terapia ocupacional 3 hrs a la semana y terapia de lenguaje (fonoaudiología) 5 veces a la semana (1 hora diaria)

Historia escolar

El niño ingresa por primera vez a un preescolar privado ubicado en la Provincia de Colón a la edad de 2 años 2 meses la madre estaba muy interesada que iniciara el preescolar para que mejorara su comportamiento desarrollara lenguaje y fuese un niño más normal

Las maestras reportaban a la madre de manera verbal en las visitas periódicas que ésta realizaba y por escrito en un cuaderno el cual la madre aun tiene guardado señalaban que el niño no se quedaba tranquilo le costaba mucho seguir las rutinas que siempre quería estar en una esquina acostado le gustaba ver los carteles de las paredes a la hora de jugar con los juguetes no sabia cómo hacerlo los tiraba se quedaba con uno solo en la mano y se iba a caminar por el salon en los paseos y actividades fuera del salón (ej presentacion de cuentos en el salón de acto) las maestras tenian que llevarlo cargado ya que el niño no permanecía sentado en la clase de computadora igual tenia que estar la maestra con él todo el tiempo El niño requería una ayuda especial individualizada con respecto al resto del grupo

En junio del 2008 la familia se traslada a la ciudad de Panamá puesto que la madre no se sentía satisfecha con las horas y calidad de terapia que recibía su hijo (el niño recibía estimulación por medio de una maestra de grado y fonoaudiólogo) El niño ingresa a un colegio privado al nivel maternal (niños de 2 años) Continúa con las conductas disruptivas presentadas en el preescolar de Colon

La psicóloga del preescolar como requisito del preescolar le solicita a la madre una evaluación por un médico del desarrollo (le da un nombre específico) este presenta en su informe que el niño presenta el diagnóstico de Trastorno Generalizado del Desarrollo sin embargo él prefiere manejarlo como un retraso en el desarrollo y trastorno de lenguaje

Historia familiar

El niño vive en la ciudad de Panama en un apartamento con su padre madre y dos hermanos varones de 6 y 4 años El padre trabaja en la provincia de Colón vive allá los días de semana y vuelve a su hogar con sus hijos y esposa los fines de semana Por lo tanto es la madre quien se encarga de la crianza y disciplina de los niños la mayor

parte del tiempo El padre considera que su hijo no tiene nada no obstante apoya a la madre en las decisiones que toma respecto a la disciplina y evaluaciones por profesionales

Con ellos vive una señora que ayuda a la limpieza la madre se encarga de la cocina y cuidado personal de los niños

Los familiares del niño (abuelos tíos primos y demás) viven en la provincia de Colón se visitan por lo menos dos veces al mes comparten algunas actividades familiares como ir a centros comerciales y restaurantes aunque el niño no participa de todas puesto que su comportamiento es muy difícil de manejar para los padres le llevan un reproductor de video de disco compacto y así logran controlar su comportamiento en ocasiones la madre se queda en el carro con el niño y el padre sale con los otros dos

2 Resultados del tratamiento

El porcentaje en las diferentes tablas se establece a partir del análisis funcional de las conductas problemas descritos de manera general en cada cuadro Cabe resaltar que la conducta problema se considera como tal tomando como referencia el desarrollo evolutivo que se espera del niño considerando su edad cronológica

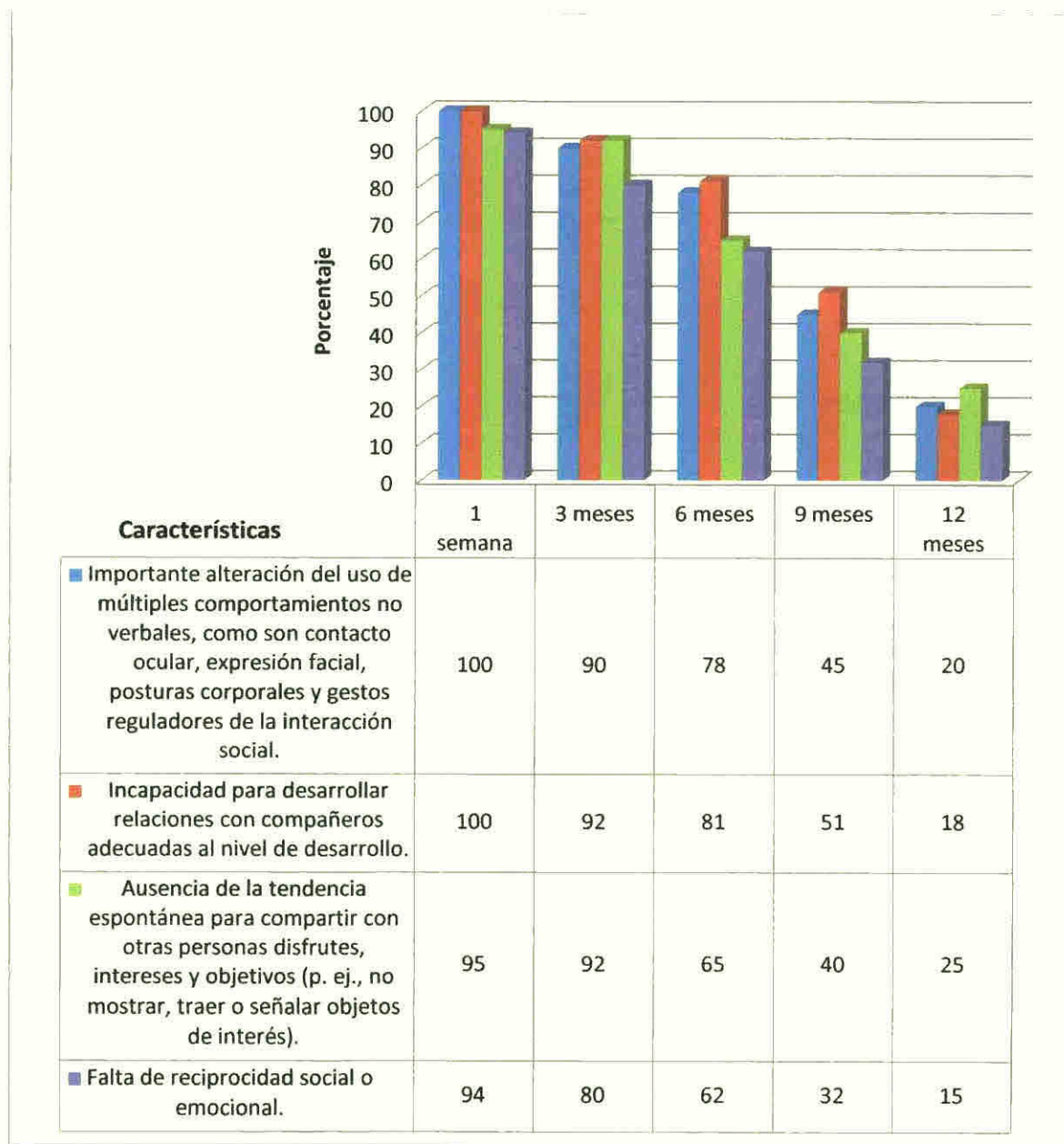
Los porcentajes de linea base se presentan en un intervalo de tiempo de 1 semana 3 meses 6 meses 9 meses y 12 meses Equivalen a la evaluacion de la característica por una semana cada 3 meses luego de la primera línea base

En cuanto a la interacción social y comunicación se considera el numero de veces que el niño no presenta la conducta de manera espontanea luego de recibir el estímulo Se espera que presente dicha conducta tanto con ninos como con adultos y en los diferentes ambientes en que ha sido evaluado por la investigadora

En relación con los patrones de comportamiento intereses y actividades restringidas repetitivas y estereotipadas se considera el numero de veces que el niño presenta dichas conductas en comparación con la linea base

CUADRO Y GRÁFICA I.

Alteración cualitativa de la interacción social en el Trastorno Autista: características específicas. Puntuaciones (%) obtenidas durante la aplicación de la Terapia Conductual.



Segun los datos del cuadro I la alteracion cualitativa de la interacción social en un inicio marcaba porcentajes altos estos fueron disminuyendo a lo largo del tratamiento Cabe resaltar que ésta fue una de las areas en donde se trabajo principalmente con la maestra de grado los companeros del salón otros amigos y en ambientes fuera de casa

Aumentar el interés por los demás es una de las tareas más dificiles en el diagnóstico de estos niños por lo que los cambios significativos se evidenciaron a partir de los nueve (9) meses estos se lograron tomando en cuenta los intereses del niño para reforzar las conductas deseadas realizar transferencia de control y modelar las repuestas que se esperaban en las relaciones con sus companeros Su deseo de estar con los otros fue aumentando él era capaz de sentir ese entusiasmo por compartir con los demas

Durante los seis (6) primeros meses el niño no aceptaba que lo tomaran de la mano que le pusieran la mano en el hombro para la fila jugaba solo estaba apartado del grupo no respondia a su nombre cuando lo llamaban buscaba un carrito y se lo llevaba a un lado no sabía cómo usar los juguetes no tenía juego imaginativo no imitaba a los

compañeros ni hermanos no tocaba ni llamaba a las personas para darle cosas o pedir cosas quería todas las cosas para él no se interesaba por los niños le costaba compartir no sonreía como respuesta a la sonrisa de otros si alguna persona se sentía mal o le pasaba algo él no se daba cuenta ni trataba de ayudar no mostraba sus trabajos ni su ropa ni juguetes a los demás no mantenía el contacto visual ni con los niños ni con los adultos

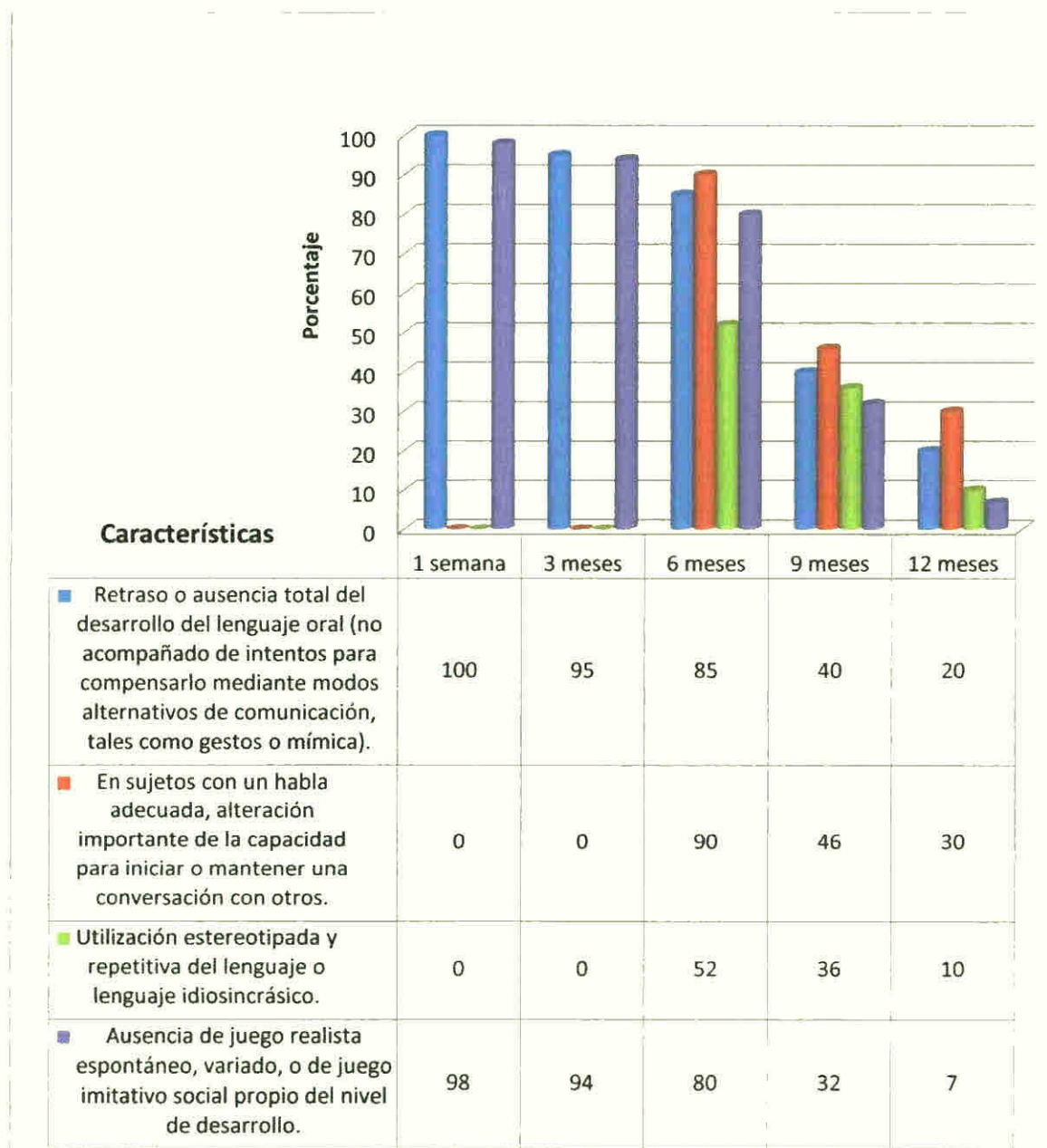
Durante el tratamiento el niño inicio sus primeras interacciones primero con los adultos y luego con los niños con éstos le interesaba menos

A partir de los nueve (9) meses de tratamiento se empezaron a observar mayores avances en la interacción social ha logrado los retos que se le presentaron en los primeros seis meses Actualmente la alteración cualitativa de la interacción social se manifiesta en porcentajes más bajos siendo los mayores retos mantener el contacto visual por un tiempo prolongado durante la conversación desarrollar relaciones adecuadas con su nivel de desarrollo Le cuesta mantener la interacción con los compañeros forma parte del juego pero en ocasiones momentáneamente queda jugando solo y no interactúa con

ellos Esto le pasa en algunos juegos como las escondidas corretear jugar al lobo entre otros Por lo general comparte sus disfrutes intereses y objetivos con otras personas sin embargo prefiere compartir en un inicio con adultos que con niños luego se dirige a los niños y responde social y emocionalmente al contacto de ellos La espontaneidad es una de las habilidades que el niño ha logrado y es necesario que continúe generalizándola

CUADRO Y GRÁFICA II.

Alteración cualitativa de la comunicación social en el Trastorno Autista: características específicas. Puntuaciones (%) obtenidas durante la aplicación de la Terapia Conductual.



Nota: Las medición de las características b y c se pudieron evaluar a partir del sexto mes, antes el niño no contaba con un lenguaje verbal que permitiera dicha evaluación.

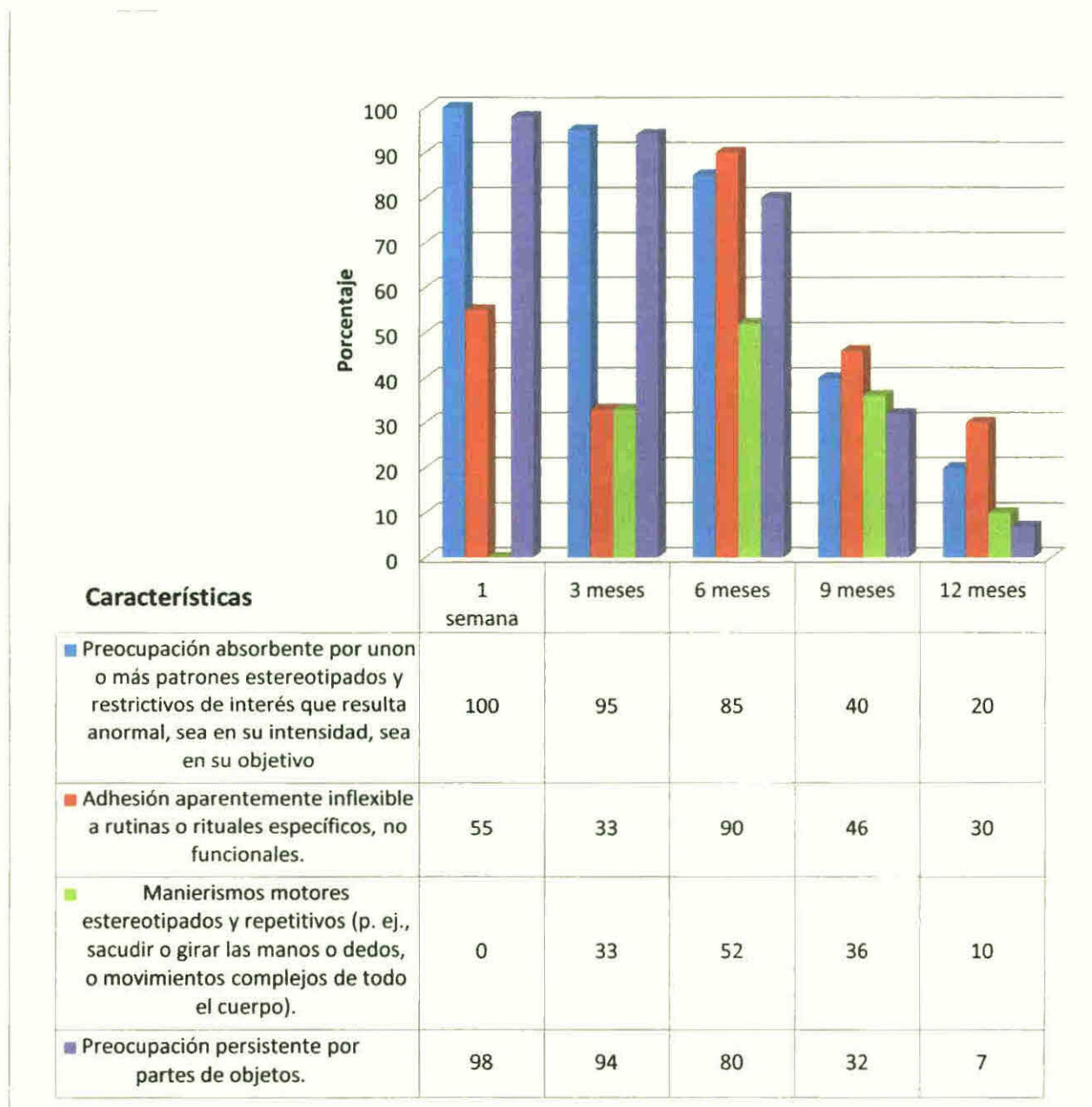
Segun los datos del cuadro II la alteracion en la comunicaci3n social en sus inicios era alta, 3sta es una de las caracteristicas que m3s preocupa a los padres no saben si es que el ni1o no escucha no entiende y/o no le interesa

El ni1o se comunicaba por medio de gritos las personas tenian que adivinar que quer3a no se1alaba ni indicaba para pedir lo que deseaba no comentaba sobre lo que ve3a ni cuando llegaba alguno de los padres si se alegraba de verlos las personas le hablaban y parecia como que no fuese con 3l se quedaba haciendo su actividad no comprend3a las instrucciones ejemplo botalo en la basura el ni1o se quedaba con el objeto en la mano

Su juego era aislado no le gustaban ni llamaban la atenci3n los juguetes en ocasiones se quedaba observando el juego de los hermanos y los otros ni1os se acercaba y buscaba algo que a 3l le gustara y se iba los ni1os se ponian bravos porque les pisaba los juguetes o interrump3a el juego

CUADRO Y GRÁFICA III.

Patrones de comportamiento, intereses y actividades restringidos, repetitivos y estereotipados en el Trastorno Autista: características específicas. Puntuaciones (%) obtenidas durante la aplicación de la Terapia Conductual.



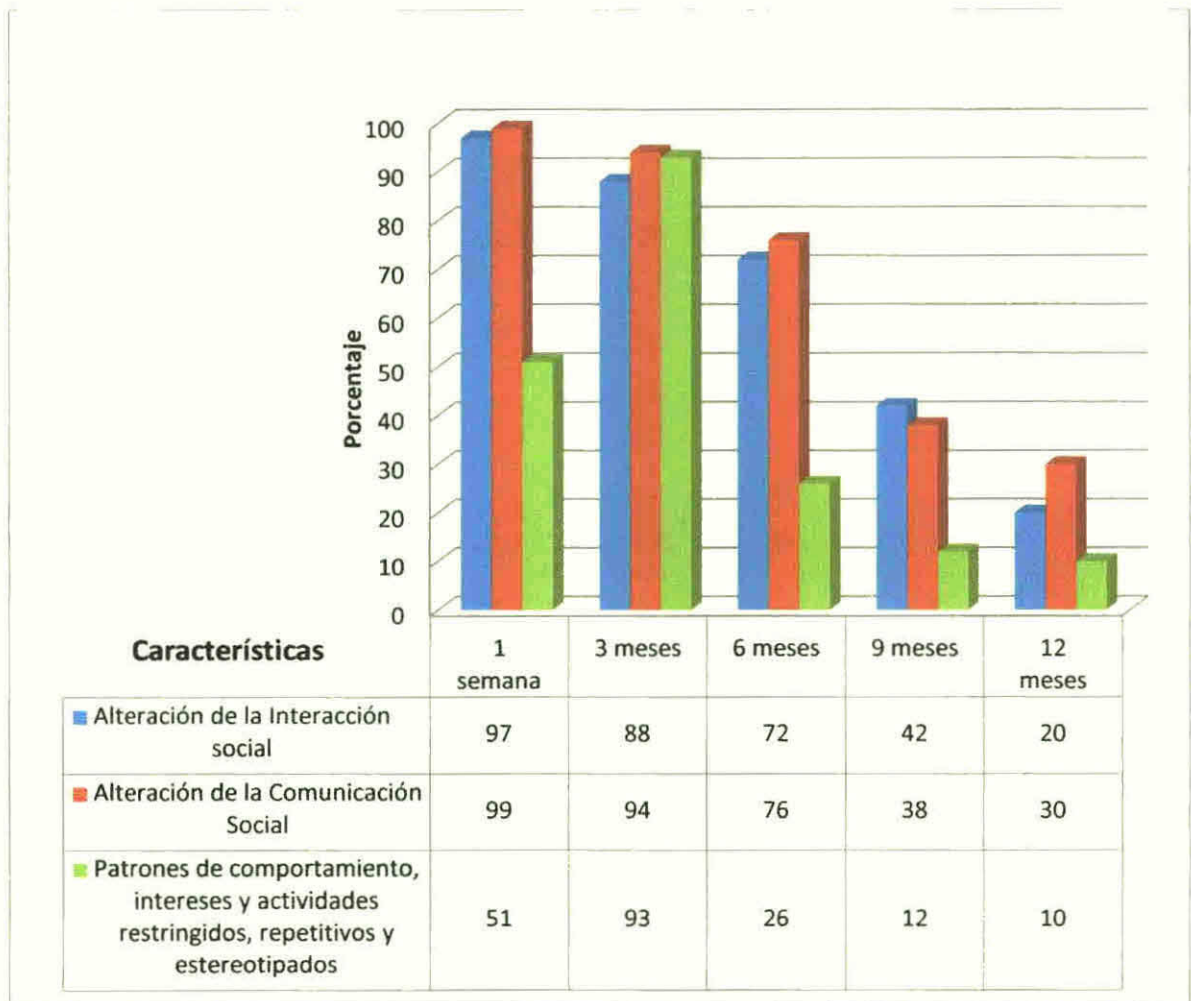
Segun los datos del cuadro III al momento de la evaluación existía una alta alteración en cuanto a la preocupación absorbente por uno o más patrones estereotipados y restrictivos esta va disminuyendo a partir de los 6 meses donde su comportamiento era más aceptable para su edad y le permitia aprender y aumentar sus intereses Respecto a las características b c y d disminuyeron gradualmente el beneficio del tratamiento se da principalmente a nivel de prevención lo que permitió minimizar estos comportamientos ya que parte del tratamiento es redirigir la conducta no aceptable utilizando procedimientos de refuerzo diferencial

En los seis primeros meses sobresalian conductas disruptivas como pataletas llanto excesivo no seguir instrucciones correr de un lado a otro sin ninguna funcionalidad no soportaba que apagaran la televisión le costaba mantenerse sentado o de pie en una actividad no sabia jugar a la hora de vestirse solo aceptaba pantalones cortos no largos al despertarse de la siesta lloraba incontrolablemente pintaba todo con color morado quería comer siempre el mismo sabor y textura de comida en ocasiones cuando estaba emocionado sacudía las manos

Desde de los nueve meses los patrones de comportamiento intereses y actividades restringidas repetitivas y estereotipadas disminuyeron significativamente desapareciendo la inflexibilidad a las rutinas y rituales especificos asi como la preocupacion persistente por objetos es capaz de cambiar de una actividad a otra y participar activamente de la misma sin fijar su atención en un solo objeto Aun mantiene interés repetitivo por algunas actividades principalmente en su tiempo libre en ocasiones camina de puntillas

CUADRO Y GRÁFICA IV.

**Características del Trastorno Autista.
Puntuaciones(%) obtenidas durante la aplicación de
la Terapia Conductual.**



Segun la informacion del cuadro IV las tres características del Trastorno Autista fueron disminuyendo a lo largo del proceso terapéutico. Se evidencia mayor avance en los seis (6) primeros meses en el área de la interacción social con respecto a la comunicación. Esto tiene relación con que el niño presentaba dispraxia y esto afectaba su lenguaje expresivo. A los cinco meses supera los síntomas de la dispraxia y se le empieza a entender lo que habla. Todo ese tiempo se trabaja la interacción social al unísono con la comunicación verbal y no verbal y la prevención del aumento de los patrones de comportamiento, intereses y actividades restringidas, repetitivas y estereotipadas.

Cabe resaltar que las características de la comunicación en el Trastorno Autista son evaluadas desde una perspectiva de desarrollo, es decir, entender y darse a entender, iniciar y mantener una conversación, utilizar el lenguaje para realizar juegos realistas e imitativos, no como parte de las características de lenguaje expresivo.

Se refleja la mayor disminución a partir de los nueve (9) meses. Los resultados reflejan mayores avances en la comunicación que en la interacción social durante el tratamiento, enseñar y reforzar las conductas de interacción.

requirieron mayor esfuerzo. A las tres características se les dedico el mismo tiempo de tratamiento.

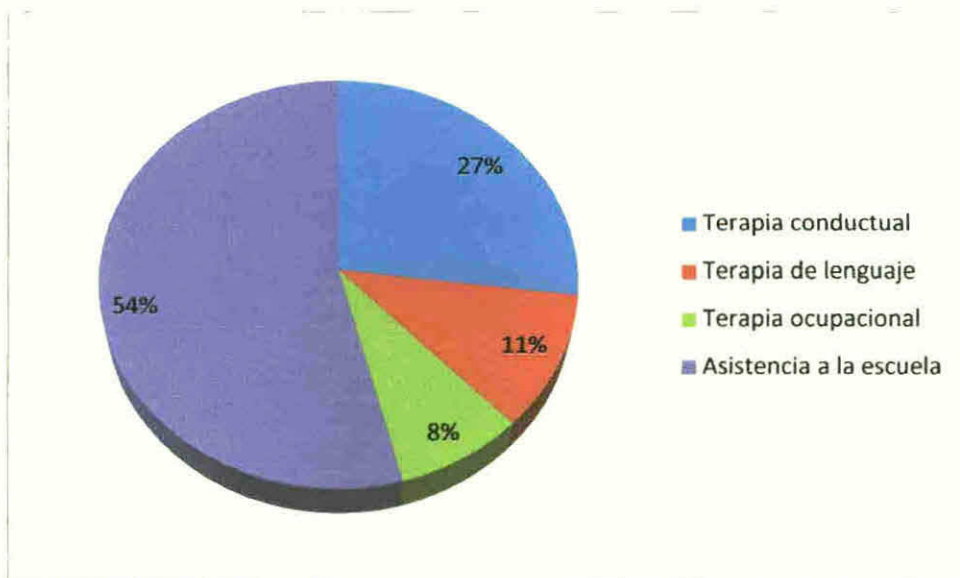
CUADRO V

Cantidad de horas a la semana en las que el niño asiste al preescolar y recibe terapias.

	Tiempo
Terapia Conductual	10 hrs.
Terapia de Lenguaje	4 hrs.
Terapia Ocupacional	3 hrs.
Asistencia al preescolar	20 hrs.

GRÁFICA V

Distribución de la cantidad de horas a la semana en las que el niño asiste al preescolar y recibe terapias.



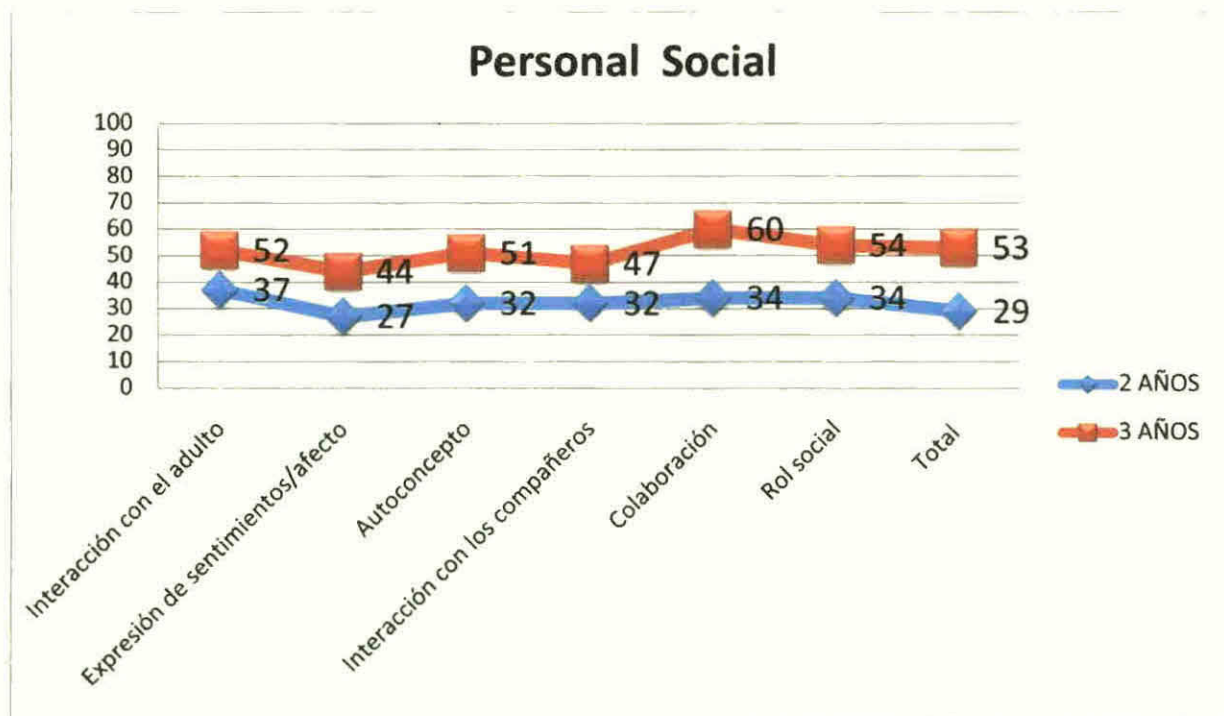
Segun los datos del cuadro y grafica V el nino pasa la mayor parte del dia recibiendo estimulación en las diferentes áreas de su desarrollo en un periodo de siete (7) horas diarias de lunes a viernes y los sábados dos (2) horas

Cabe señalar que para la estadística de esta investigación sólo se toma en cuenta las horas de terapia conductual A su vez es importante considerar para este análisis que la maestra y asistente de grado recibían dos (2) horas semanales de entrenamiento conductual y el equipo multidisciplinario se reunía una vez al mes para establecer metas en comun basadas en las debilidades de desarrollo que presentaba el niño

Desde la terapia conductual se le presentaba a los otros profesionales las conductas que no debían permitir en el nino ej jugar con la manos hacer la misma pregunta varias veces permitir que les entregue o comunique algo sin contacto visual pararse constantemente de su puesto entre otras Así como aquellas a reforzar por ejemplo aumentar los intereses variar el tipo de juguetes variar las rutinas esperar que él inicie la conversacion modelarle reciprocidad emocional y social entre otras

GRÁFICA VI

Puntuaciones y perfil de la subárea
Personal/Social del Inventario de Desarrollo
Battelle.



Media: 50 - Desviación estándar: 15

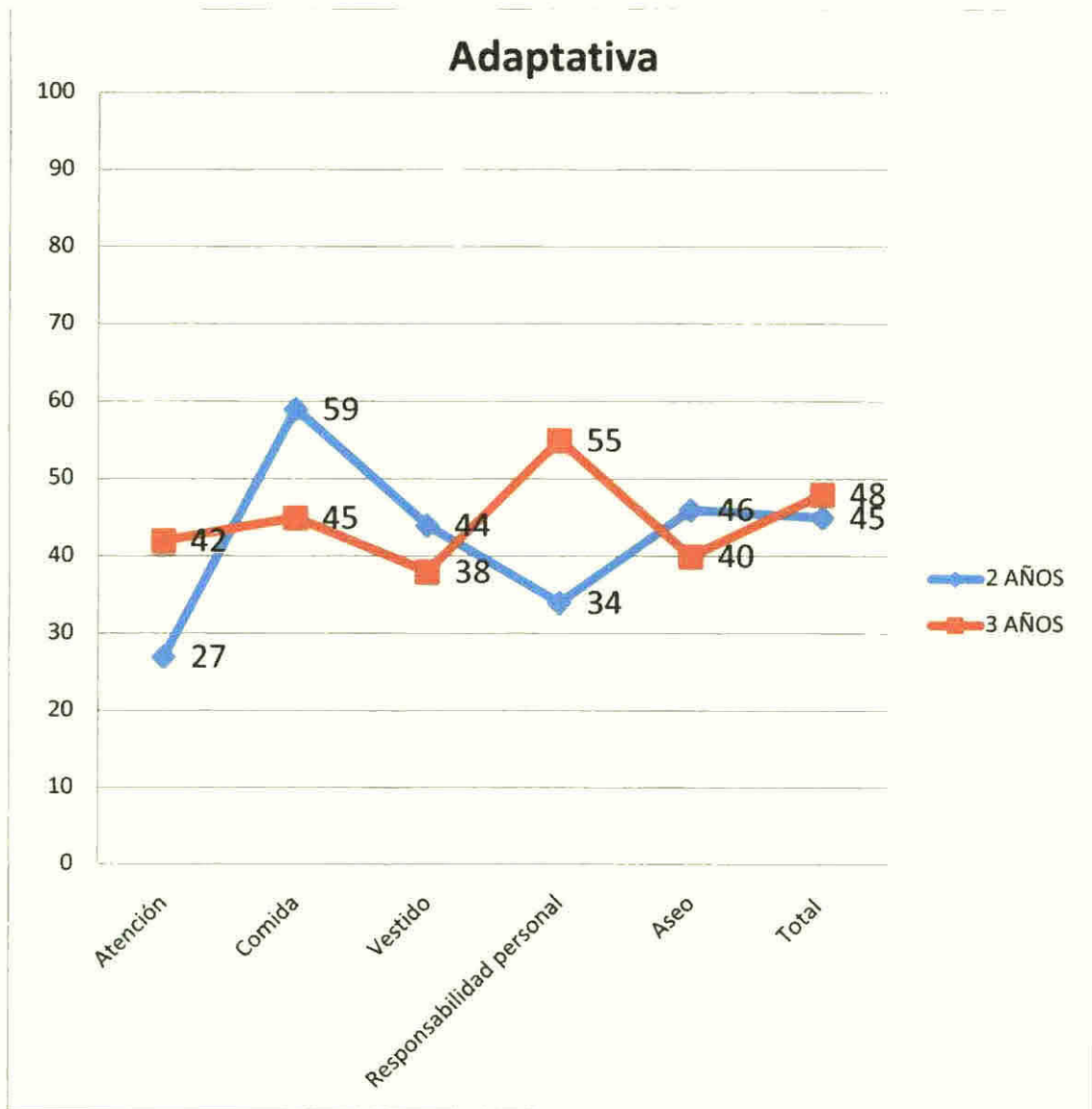
Los resultados de la gráfica VI muestran que a los dos años las puntuaciones se encontraban por debajo del promedio lo que refleja que el niño no presentaba las habilidades personal/social de desarrollo esperadas para su edad, excepto, en interacción con el adulto que marca 37

puntos siendo el margen de una desviación estandar sobre el promedio 35 puntos En los niños con autismo la interacción con el adulto es mayor que con sus pares podemos notar que a pesar de que la terapia se enfocó principalmente en la interaccion con sus pares la interacción con los adultos aumenta el mismo porcentaje que la interacción con compañeros Por lo que podemos deducir que este niño tiene mayor habilidad y/o prefiere la interacción con adultos reflejándose cuando desea comentar alguna informacion su primera reaccion es dirigirse al adulto

A los tres años estas habilidades aumentan marcando dentro del promedio Esta subarea es una de la que recibió mayor estimulación durante el tratamiento y se ve expresado en los resultados Siendo la colaboracion la que mayor aumento

GRÁFICA VII

Puntuaciones y perfil de la subárea Adaptativa
del Inventario de Desarrollo Battelle.

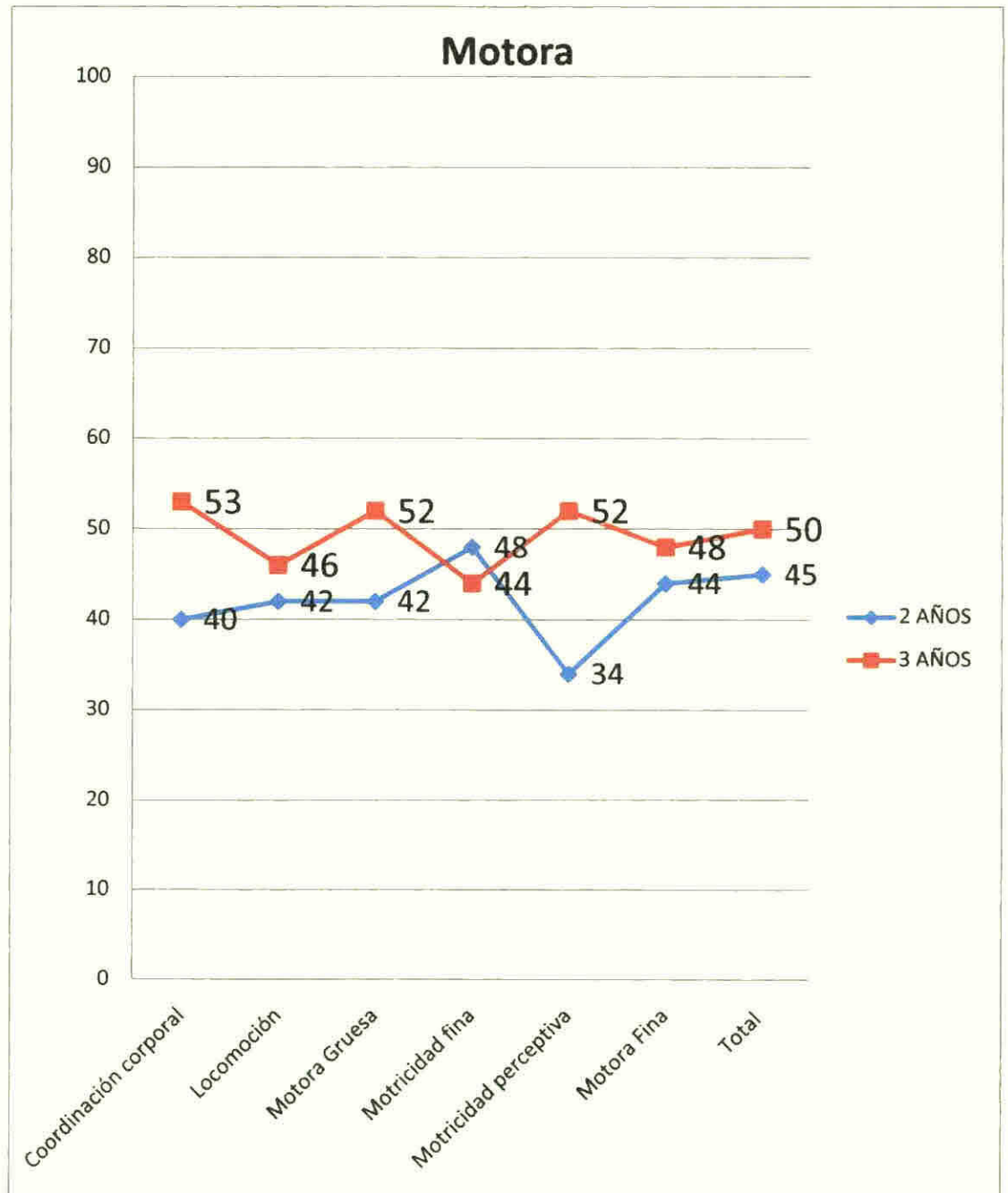


Media: 50 - Desviación estándar: 15

Los resultados de la gráfica VII muestran puntuaciones variadas en ambas edades. El puntaje total marca un aumento de 3 puntos, la atención de 15 puntos y la responsabilidad personal de 21 puntos, ubicándose las tres dentro del puntaje promedio. Sin embargo, las subáreas de comida, vestido y aseo, a pesar de estar en un rango promedio, marcan un puntaje menor a los tres (3) años que a los dos (2) años, lo que nos indica que el niño a los dos (2) años presentaba mayores habilidades esperadas para su edad que las que presenta en su edad cronológica actual.

GRÁFICA VIII

Puntuaciones y perfil de la subárea Motora del
Inventario de Desarrollo Battelle.



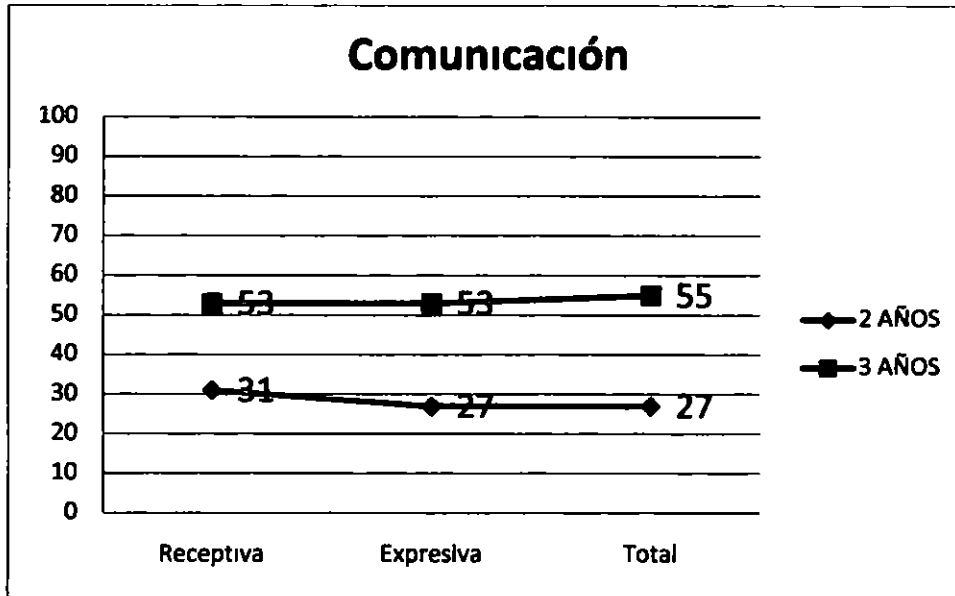
Media: 50 - Desviación estándar: 15

Los datos que se presentan en la gráfica VIII reflejan que desde el inicio del tratamiento a los dos (2) años el niño presentaba destrezas motoras (gruesa y fina) esperadas para su edad excepto en la motricidad perceptiva que se encontró una puntuación por debajo del promedio esto debido a su falta de atención y colaboración durante la primera evaluación

Durante el tratamiento en las reuniones periódicas con el terapeuta ocupacional se le solicitó enfatizar la habilidad motora gruesa ya que esta permitía mayor madurez neurológica la cual contribuía a disminuir su intranquilidad aumentar su atención y mejorar su control corporal

GRAFICA IX

**Puntuaciones y perfil de la subárea
Comunicación del Inventario de Desarrollo
Battelle**



Media 50 - Desviación estándar 15

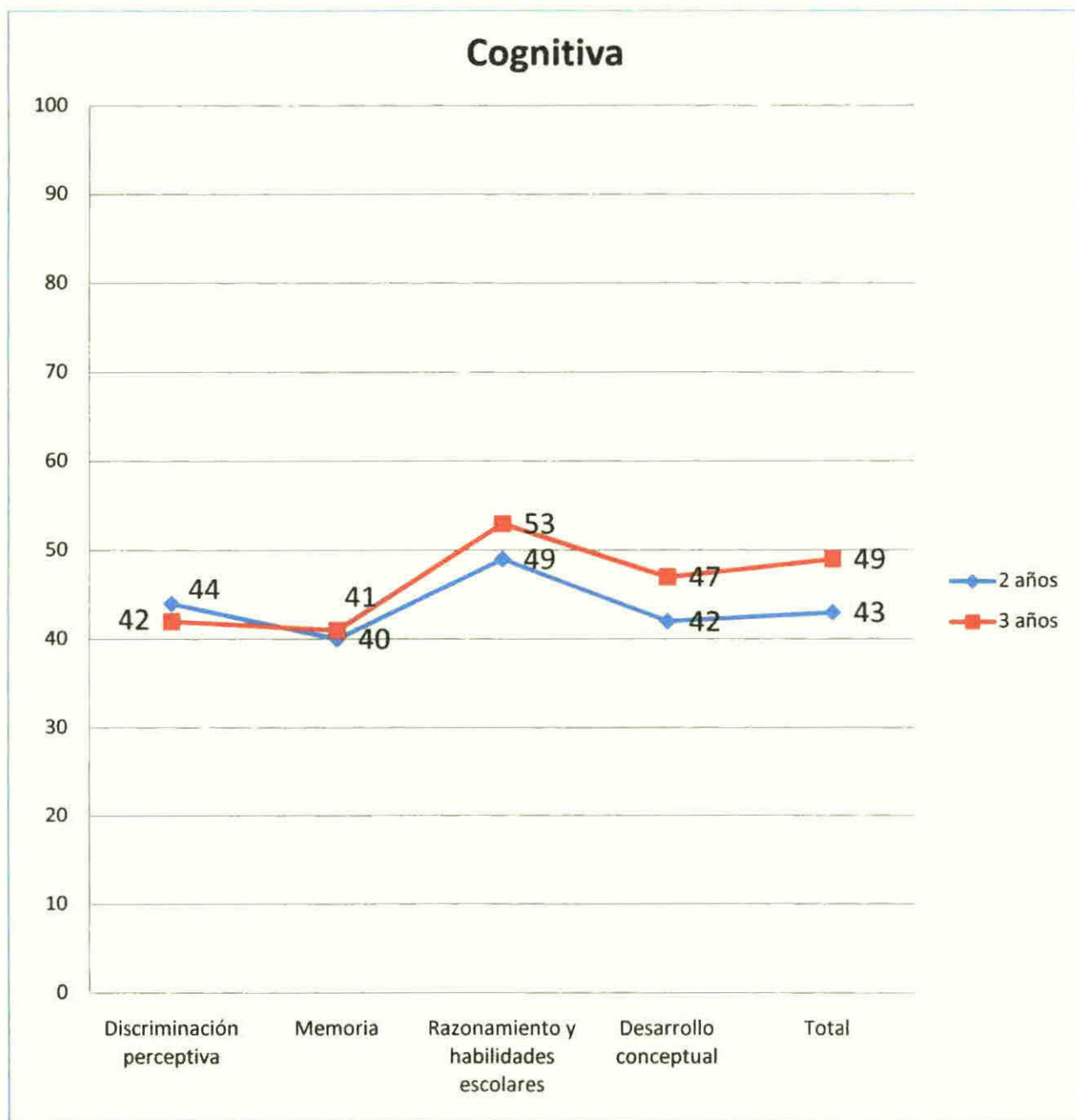
En la grafica IX se observa una marcada diferencia entre la primera evaluación (2 años) y la segunda evaluación (3 años). En la primera la puntuación se refleja un puntaje en la comunicación receptiva y expresiva por debajo del promedio. No obstante, luego de un año de terapia se observa puntuaciones por arriba de la media, reflejando que el niño a los tres años posee las habilidades de comunicación esperadas para su edad cronológica.

Durante el tratamiento esta subárea fue otra de las que se hizo mayor énfasis ya que la alteración en la comunicación es una de las características propias del Trastorno Autista siendo una de las más afectadas en este caso

Cabe resaltar que en el proceso terapéutico el lenguaje receptivo y expresivo fue tratado como habilidad de lenguaje enfatizando en todo momento la comunicación social es decir que el niño utilice el lenguaje para comunicarse con los demás y comprender los mensajes provenientes de su medio

GRÁFICA X

Puntuaciones y perfil de la subárea Cognitiva del
Inventario de Desarrollo Battelle.



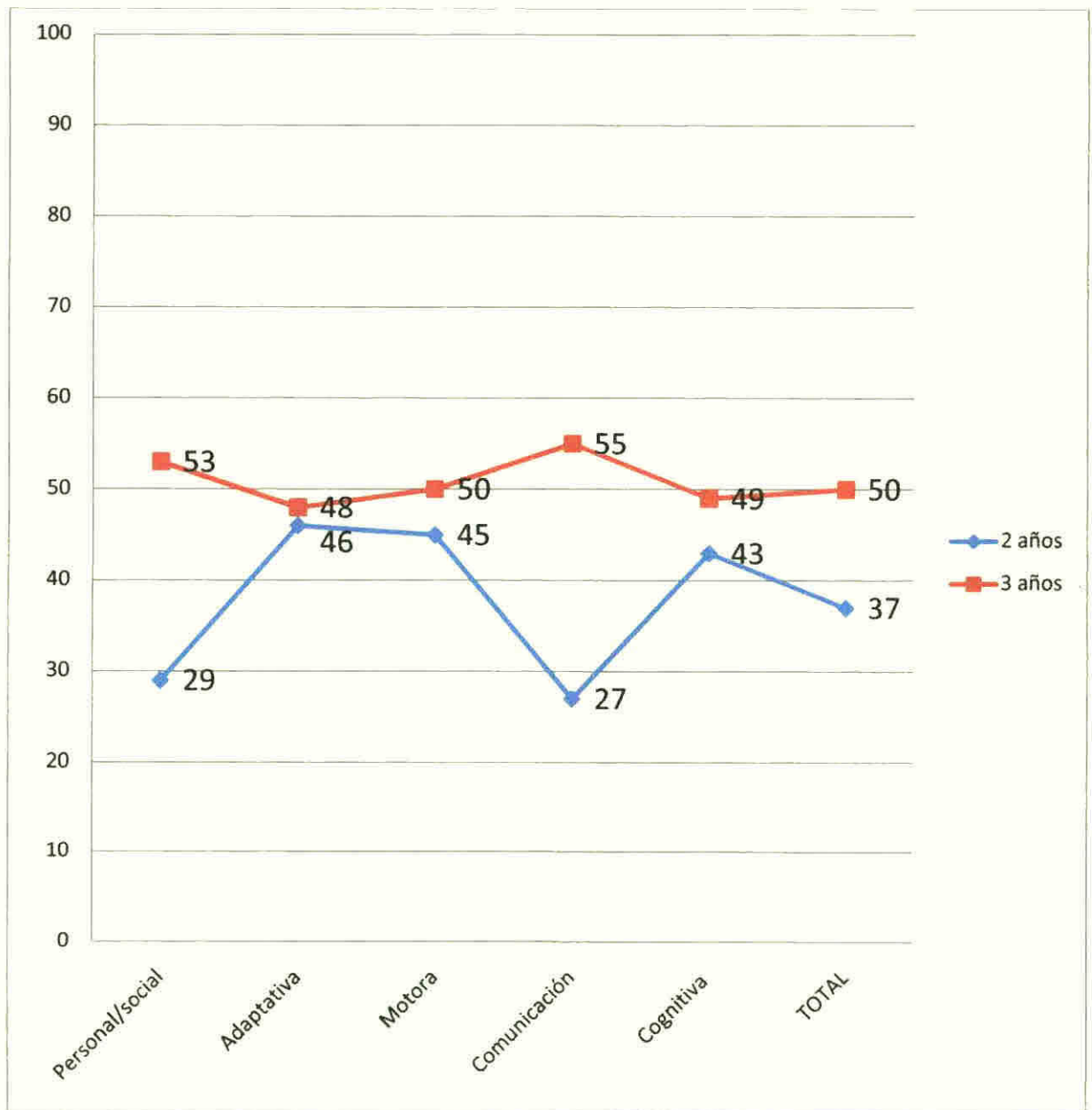
Media: 50 - Desviación estándar: 15

Los resultados de la grafica X demuestran que el desempeño del niño en el area cognitiva arroja puntuaciones dentro del promedio tanto en la primera evaluacion (2 años) como en la segunda evaluacion (3 años)

Posterior al tratamiento los resultados en la subárea cognitiva aumentaron excepto en discriminación perceptiva El incremento en los puntajes refleja que el niño a pesar de presentar el Trastorno Autista está asimilando la informacion recibida en la escuela en este momento su pronóstico académico es favorable

GRÁFICA XI

Perfil de las puntuaciones totales de las subáreas del
Inventario de Desarrollo Battelle.



Media: 50 - Desviación estándar: 15

Las puntuaciones típica T de todas las subareas de Desarrollo muestran un incremento posterior al año de tratamiento principalmente en las áreas personal/social y comunicación

Al integrar los resultados del Inventario de Desarrollo Battelle con las características diagnosticas del Trastorno Autista que son los sintomas tratados en el proceso terapéutico notamos que las dos subareas con mayor puntaje son aquellas que coinciden con las particularidades del Trastorno Autista

CAPITULO IV

CONCLUSIONES

Y

RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

- 1 Se rechaza la hipótesis nula 1 y se acepta la hipótesis de investigación 1

Los resultados indican que en un niño diagnosticado con Trastorno Autista al recibir la intervención de las técnicas de Terapia Conductual disminuyen las características de la alteración cualitativa de la interacción social

- 2 Se rechaza la hipótesis nula 2 y se acepta la hipótesis de investigación 2

Los resultados indican que en un niño diagnosticado con Trastorno Autista al recibir la intervención de las técnicas de Terapia Conductual disminuyen las características de la alteración cualitativa de la comunicación social

- 3 Se rechaza la hipótesis nula 3 y se acepta la hipótesis de investigación 3

Los resultados indican que en un niño diagnosticado con Trastorno Autista al recibir la

intervención de las técnicas de la Terapia Conductual disminuyen los patrones de comportamiento intereses y actividades restringidos repetitivos y estereotipados

- 4 En el año de terapia las tres características del Trastorno Autista disminuyeron no desaparecieron del todo
- 5 Los resultados indican que un niño diagnosticado con Trastorno Autista al recibir la intervención de las técnicas de la Terapia Conductual mejora las habilidades de desarrollo personal social adaptativa comunicación motora y cognitivas esperadas para su edad cronológica
- 6 La aplicación de la Terapia Conductual basada en la evaluación de las características del Trastorno Autista aumenta principalmente las áreas personal social (24 puntos) y comunicación (28 puntos) del Inventario de Desarrollo Battelle
- 7 En el área adaptativa en las subáreas de vestido comida y aseo se presentan disminuciones entre el inicio y final del tratamiento considerando la edad cronológica del niño en cada momento de la evaluación

- 8 El desarrollo del area cognitiva se encuentra dentro de lo esperado para su edad cronológica antes y despues del tratamiento
- 9 El inicio del tratamiento a temprana edad dos (2) años cuatro (4) meses es un factor determinante en el éxito del proceso terapéutico del niño
- 10 El tiempo de intervención diez (10) horas semanales por un año constituyen otro factor que determina la disminución de las características del Trastorno Autista
- 11 El entrenamiento a los padres maestros y nana del niño si bien no fueron medidos directamente en este caso son factores influyentes en los resultados de esta investigacion
- 12 El tratamiento conductual fue complementado por estimulación en las diferentes áreas de su desarrollo (lenguaje y motor) recibia un promedio de siete (7) horas diarias de lunes a viernes y los sábados dos (2) horas diarias

RECOMENDACIONES

- 1 Brindar terapia conductual a los niños que presenten posibles rasgos autistas aunque sean muy pequeños de edad entre mas temprano se recibe tratamiento mejores son los resultados
- 2 Conocer las conductas del Trastorno Autista y trabajar en la prevencion del aumento de las mismas No esperar que el diagnostico se confirme
- 3 Considerar las horas de terapia que recibe el nino entre mas horas de terapia recibe mayor será su mejoría
- 4 Aplicar una prueba de desarrollo antes y durante el proceso terapeutico para evaluar la funcionalidad del tratamiento en la vida diaria de la persona con Trastorno Autista
- 5 Promover la participacion de los padres y maestros en el entrenamiento conductual del niño y durante la realizacion de la terapia para que aprendan cómo manejar la conducta del menor
- 6 Designar un tratamiento conductual individual con cada nino/a con Trastorno Autista apoyado en un analisis funcional de su conducta ya que un tratamiento estandarizado puesto en practica unicamente porque el

paciente identificado reúne las características diagnósticas del trastorno no es garantía de éxito

- 7 Realizar programas de tratamiento basándose principalmente en las características propias del diagnóstico del Trastorno Autista y no en los síntomas asociados
- 8 Generalizar las conductas y habilidades aprendidas por el niño/a con Trastorno Autista en diferentes ambientes y con diferentes personas
- 9 Visitar la escuela a la que asiste el niño/a y junto con la maestra establecer metas basadas en las características propias del diagnóstico y no sólo en el área cognitiva
- 10 Fortalecer los vínculos y el trabajo en equipo entre la familia la escuela y grupo multidisciplinario que trabaja con la persona con Trastorno Autista
- 11 Referir a los padres y familiares de la persona con Trastorno Autista a un terapeuta de familia
- 12 Incluir en la Reglamentación para la Educación Inclusiva de la Población con Necesidades Educativas Especiales programas que tomen en cuenta las características propias del diagnóstico y que no se basen principalmente en el área cognitiva

Referencias Bibliograficas

- 1 **ARCE G Manela Soluciones Pedagógicas para el Autismo** Lexus España 2008
- 2 **ARON Arthur ARON Elaine Estadística para Psicología** Prentice Hall Pearson Education Argentina Segunda Edición 2001
- 3- **Doyle Barbara and Iland Los Trastornos del Espectro de Autismo De la A a la Z** Emily Iland Inc USA 2005
- 4- **HERSEN Michel Manual de casos de terapia de conducta** Editorial Desclée de Brouwer España Primera edición 1993
- 5 **KAZDIN Alan Métodos de Investigación en Psicología Clínica** Editorial Prentice Hall Pearson Education México Tercera Edición 2001
- 6- **GUTSTEIN Steven Solving the Relationship Puzzle** Future Horizons Inc USA 2000
- 7 **GUTSTEIN Steven The Relationship Development Intervention (RDI) Program and Education** Connection Center Publishing USA 2007
- 8- **MOOR Julia Playing Laughing and Learning with Children on the Autism Spectrum** Kingsley Publisher England 2002
- 9- **NEWMAN Bobby Behaviorask Straight Answers to your ABA Programming Questions** Dove and Orca USA 2005

- 10 LEAF RON McEachin John **Esperanzas para el Autismo** Autism Partnership Traducido por Fundación E S C O Estados Unidos – Colombia 1999
- 11 LABRADOR Francisco **Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta** Ediciones Pirámide España 2008
- 12 PAPALIA Diane WENDKOS Sally **Desarrollo Humano** Editorial Mc Graw Hill México Sexta Edición 1999
- 13-SAMPIERI Roberto FERNÁNDEZ Carlos **Metodología de la Investigación** Editorial Mc Graw Hill Segunda Edición México 1998
- 14 SKINNER Burrhus F **Science and Human Behavior** Macmillan Company USA 1953
- 15-TRIELL Timothy Phares Jerry **Psicología Clínica Conceptos, métodos y aspectos prácticos de la profesión** , Sexta edición Editorial Thomson México D F 2003

Otros documentos

- 16 DSM IV – TR **Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales texto revisado** Editorial Masson España 2001
- 17 Ministerio de Educación **Reglamentación para la Educación Inclusiva de la Población con Necesidades Educativas Especiales** Panamá 2007

- 24- Díaz Atienza, Joaquín. La epidemia del autismo y expectativas en los próximos 15 años. España. 2005.
<http://www.paidopsiquiatria.com/asistencia/epidemiologiaautismo.pdf>
- 25- Riviére, A. Desarrollo Normal y Autismo. 1997.
<http://www.autismoespaña.es>
- 26- Riviére, A. El Autismo y los Trastornos Generalizados del Desarrollo, en Palacios et al, Desarrollo Psicológico y Educación. Trastornos del Desarrollo y Necesidades Educativas Especiales. Vol 3, Alianza ed. Madrid, España. 2002.
<http://dialnet.unirioja.es/servlet/extaut?codigo=18420>
- 27- Autism Society of America. 30 de Enero de 2008.
<http://www.autismsociety.org/site/PageServer?pagename=autismo>

ANEXOS



SISTEMA DE EVALUACION DE LA
CONDUCTA DE NIÑOS Y ADOLESCENTES

C R Reynolds y R W Kamphaus

HISTORIA ESTRUCTURADA DEL DESARROLLO

APLICACIÓN ☐ CUESTIONARIO ☐ ENTREVISTA

OR

FECHA DE LA EVALUACIÓN

FECHA DE NACIMIENTO

EDAD (AÑOS)

E MAIL

SEXO ☐ VARÓN ☐ MUJER

PROFESOR O TUTOR

INSTRUCCIONES

*Por favor conteste a todas las preguntas lo mejor que pueda incluso a las que no se adapten
al caso. Si tiene alguna duda por favor consulte al responsable de la valoración.*

¿QUE RESPONDE AL CUESTIONARIO

¿En el niño

CONSULTA

¿Busca ayuda para el niño?

¿Recomiendo nuestro servicio?

¿Qué servicio busca para el niño (por ejemplo cambio de colegio terapia examen psicológico
de la custodia etc)?

NOTAS

escuela _____

profesor _____

or _____

	AÑO	MES	DÍA
Fecha de e ame			
Fecha de actmie t			
Ed d			
Edad mese		(12 año meses)	

RESUMEN Y RECOMENDACIONES

ÁREAS	PUNTOS FUERTES	PUNTOS DEBILES	RECOMENDACIONES
VAL/SOCIAL			
ATIVA			
RA			
NICACIÓN			
ITIVA			
CIÓN TOTAL			